



**TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL**

---

**VALITUD LOENGUD SÜNNITUSABI  
JA GÜNEKOLOOGIA ALALT**

**VIII osa**

**TARTU 1973**

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

Sünnitusabi ja günekoloogia kateeder

V. Meipalu, K. Gross,

H. Tiivel

**VALITUD LOENGUD SÜNNITUSABI  
JA GÜNEKOLOOGIA ALALT**

VIII

---

GENITAALSFAÄRI KASVAJAD.  
DÜSHORMONAALSED HÜPERPLAASIAD

Tartu 1973

Kinnitatud Arstiteaduskonna nõukogus 2. novembril 1972.

## A. E M A K A M Ü O O M

---

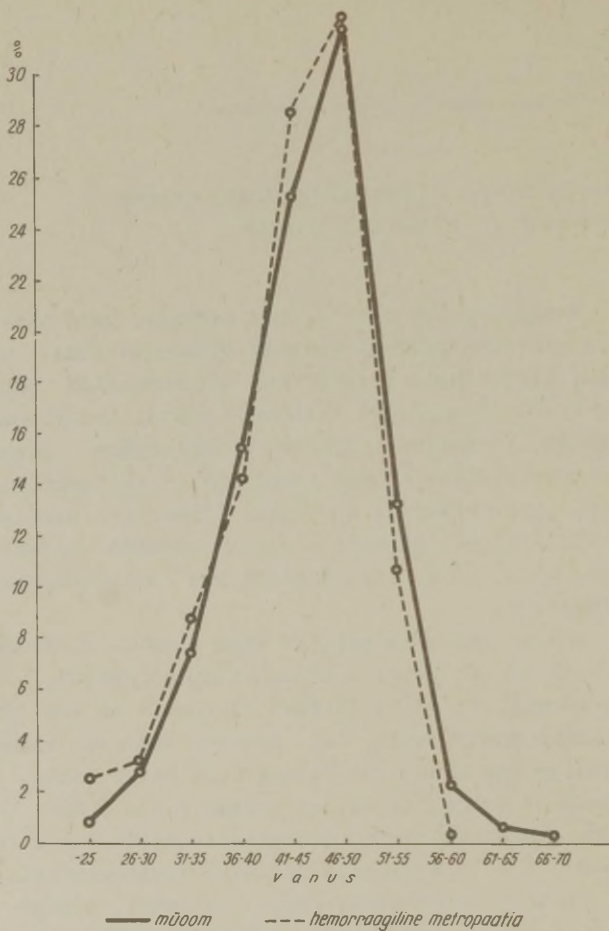
### I. EMAKAMÜOOMI ESINEMISSAGEDUS, EALINE ESINEMINE JA KLINILISED VORMID

Emakamüoom ei ole tõeline kasvaja, vaid silelihasest ja sidekoekiududest koosnev düshormonaalne hüperplaasia. Kirjanduses kasutatakse emakamüoomide tähistamiseks kolme sünonüümset terminit: müoom, leiomüoom ja fibromüoom. Arvestades asjaolu, et niisugune düshormonaalne hüperplaasia areneb peamiselt silelihaskiudude arvel, võib seda nimetada müoomiks. Lähenedes terminoloogiale kliinilisest aspektist ja arvestades sidekoelise strooma hulka, võib teda nimetada kas leiomüoomiks või fibromüoomiks.

Müoome leitakse naistel väga sageli. R. Schröderi järgi võib müoome leida igal kaheksandal naisel. J. Mäländer märgib, et peale 35-ndat eluaastat on iga viieskuues naine müoomihaige. J.I. Kvateri andmetel esineb üks müoomihaige iga kümne günekoloogilise haige kohta. Ambulatoorsetest haigetest esineb müoome 2,5 - 3 %-l. Günekoloogia statsionaarsetes osakondades moodustavad müoomihaiged 3,5 - 17 % haigete üldisest kontingendist.

Üldkehtiva arvamuse järgi leitakse müoome enne 20-ndat eluaastat väga harva, samuti on haruldane nende tekkimine menopausis. Kõige enam leitakse müoome 30.-50. eluaasta vahel (joon. 1).





Joon. 1. Emakamüoomiga ja hemorraagilise metropaatiaga haigete ealine esinemine Tartu Kliinilises Sünnitusmajas.

Sagedamini esinevad müoomisõlmed emakakehas - 92-98% juhtudest (joon. 2). Harvem (2 - 9 % juhtudest) arenevad müoomisõlmed emaka kaelaosas (myoma cervicale) (joon. 3). Ük-

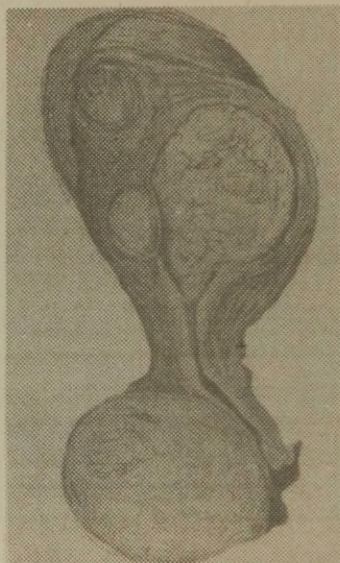


Joon. 2. Hulgaliselt müoomisõlmi emakakehas.

sikud müoomisõlmed esinevad emakas harva. Sagedamini on neid palju (85 - 90 % operatsioonidest). Iga müoomisõlm on ümbritsetud sidekoelise kapsliga. Müoomid võivad kasvada väga suureks. Kirjanduses on andmeid, et müoom on kaalunud isegi 56 kg. Tänu regulaarsetele profülaktilistele ginekoloogilistele järelevaatustele nii suuri müoome tänapäeval ei leita.

Müoomid tekivad alati müomeetriumis (joon. 4). Edasise kasvu korral võivad müoomisõlmed jääda müomeetriumi. Seda vormi nimetatakse intramuraalseks ehk interstitsiaalseks müoomiks (myoma interstitiale s. intramurale) (joon. 5). Nad võivad kasvada ka kõhukelme poole. See on subseroosne müoom (myoma subserosum) (joon. 6). Kui müoomisõlmed kasvavad

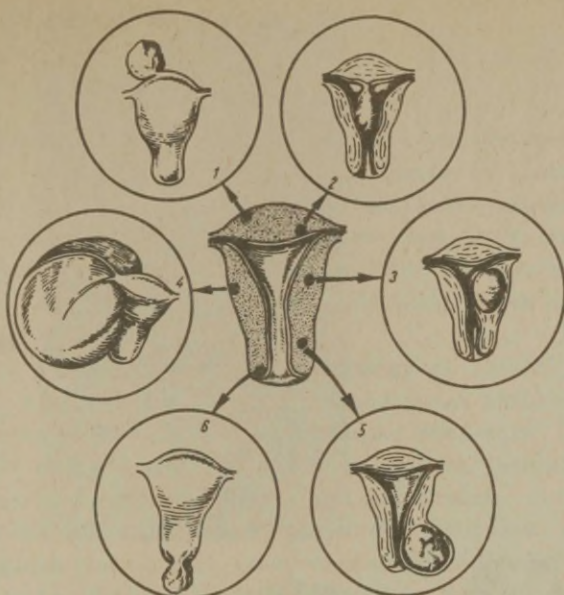
emakaõõne (endomeetriumi) suunas, nimetatakse neid submukoosseteks müoomideks (myoma submucosum) (joon. 7). Müoomisõlmed võivad kasvada lig. latumi lehtede vahele. Need



Joon. 3. Müoomisõlmed emaka keha- ja kaelaosas.

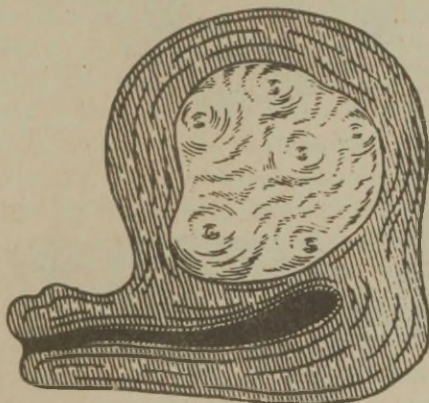
on intraligamentaarsed müoomisõlmed (myoma intraligamentare), mille opereerimine on sageli seotud tehniliste raskustega (joon. 8). Väga harva arenevad müoomid emakasidemetest (lig. rotundumist) või esinevad suurtes häbememokkades. Kõige sagedamini esinevad intramuraalsed, seejärel subseroossed ja harvem submukoossed müoomisõlmed.





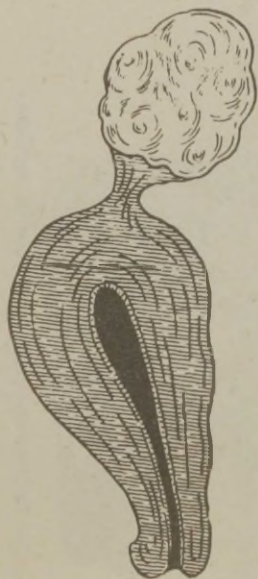
Joon. 4. Erineva lokalisatsiooniga müoomisõlmede arenemise skeem.

1 - subseroosne; 2 - submukoosne;  
3 - interstitsiaalne; 4 - ligamentidevaheline; 5 - kaela; 6 - emakakaela fibroosne poltūp.

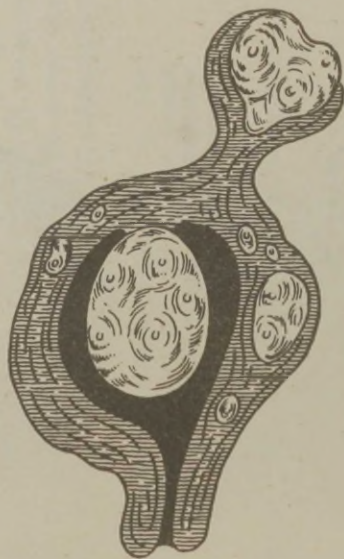


Joon. 5. Intramuraalne müoomisõlm emakas.





Joon. 6. Subseroosne varre  
otsas asuv müoomi-  
sõlm.



Joon. 7. Rohkets sõlmedega  
müoom, submukoos-  
ne müoomisõlm ema-  
katsioon.



Joon. 8. Intraligamentaarne müoomisõlm.

## II. EMAKAMÜOOMI ETIOLOOGIA JA PATOGENEES

Emakamüoomi etioloogia ja patogeneesi küsimusi on oma töödes käsitlenud paljud autorid. Vaatamata ulatuslikule uurimisele ei ole see probleem lõplikult lahendatud.

Varasemad müoomi tekke põhjused, nagu süüfilis, endamehaigused jne., on kõrvale jäetud, kuna neid ei kinnitata kliinik. Need teooriad pakuvad huvi veel üksnes ajaloolisest aspektist.

Rida autoreid täheldab müoomihaigetel steriilsuse frekventsi tunduvat tõusu. Enamik kaasaegseid uurijaid eitab seda seisukohta, pidades steriilsuse põhjuseks kas müoomi, või on arvamisel, et nii müoom kui ka steriilsus tekivad ühiste hormonaalsete häirete tulemusena.

Müoomi tekke põhjusena omistatakse tähtsust regulaarse suguelu puudumisele (seksuaalabstinentsile) ja masturbatsioonile. Tšehhoslovakkia autorid B. Stambolovič ja J. Tršić uurisid müoomihaigetel seksuaalabstinentsi ja leidsid, et normaalse suguelu puudumisel tegelevad naised masturbatsiooniga, mis tingib suguelundite hüperemiat ja soodustab emaka lihaseliste elementide hüperplaasiat, viies nii müoomi tekkimiseni. Suguelu funktsiooni anomaaliat ühe võimaliku müoomi kasvu soodustava tegurina käsitleb ka A.I. Petšenko. Tuleb siiski arvata, et masturbatsiooniga ei tegelda nii sageli, et seda võiks lugeda müoomi tekke põhjuseks. Mainitud probleemi edasist uurimist takistab asjaolu, et sellisele delikaatsele küsimusele ei anta haigete poolt alati adekvaatseid vastuseid.

Pärilikkuse osatähtsus emakamüoomide geneesis on diskuteeritav. Pärilikkusega seletatakse müoomide sagedasemat esinemist neegrinaistel võrreldes eurooplannade ja ameeriklannadega. Neegrinaistel esineb väga sageli genitaalsfääri põletikke. Emakamüoomile kaasuvate põletike puhul esinevad suguhormoonide produktsiooni häired. On võimalik, et sel teel võivad genitaalsfääri põletikud etendada osa ka

müoomide geneesis. Pärilikkuse kasuks räägib emakamüoomide sagedasem esinemine perekonniti ja nende tekkimine kaksikutel. A.I. Petšenkol õnnestus müoomipuhust pärilikkuse tegurit kindlaks teha vaid 2 %.

Huvitav on märkida N. Melczeri ja M. Hamari uurimusi, kes peavad emakamüoomi viirushaiguseks. Selle seisukoha tõestamiseks esitavad autorid andmed 19 emakamüoomi kohta, neist 15 juhul leiti müoomi silelihasekiudude tuumades 70 - 80 % m<sup>1</sup>/<sub>2</sub> suurusi viiruselemente, mis identifitseerimisel osutusid adenoviiruseks tüüp 3. Rohkem kirjanduses viiruseteeooriat kinnitavaid andmeid ei leidu.

Valdav enamik kaasaegseid uurijaid pooldab emakamüoomide hormonaalset geneesi. Seda seisukohta kinnitavad kliinilised tähelepanekud, kuna üldkehtiva arvamuse järgi tekivad müoomid suguküpsuse perioodil ja taandarenevad munasarjade funktsiooni lakkamisega - menopausis. Hormonaalse geneesi pooldajad näevad östrogeenides müoomi teket ja kasvu soodustavat faktorit.

Müoomide sõltuvust ovaariumide funktsioonist täheldas juba A. Hegar 1878. aastal, kes kirjeldas müoomide taandarengut pärast munasarjade operatiivset eemaldamist. Samu tulemusi saadi hiljem röntgenkastratsiooniga.

Müoomi hormonaalset geneesi tõestab ka sagedane emakamüomatoosi tekkimine hormonaalselt aktiivsete munasarjakasvajate puhul.

Eriti ilmekalt tõestavad emakamüoomide hormonaalset geneesi soomlaste S. Timoneni ja E. Purola uuringud. Autorid uurisid naiste kolpatsütogramme ja leidsid, et paljudel nendel naistel, kellel esinesid hüperöstrogeenismi tunnused, arenesid 5 - 7 aasta pärast emakamüoomid.

Müoomi kasvu sõltuvust munasarjade funktsioonist tõestavad H.D. Tauberti materjalid. Autor kirjeldab 3 müoomijuhtu, kus sõlmed asusid kõhukelmel ja omentumil. Pärast emaka supravaginaalset amputatsiooni koos munasarjadega, taandarenesid müoomid iseeneslikult.

Paljud uurijad märgivad, et müoomihaigetel esineb



Östrogeenide küllus samaaegse progesterooni vaegusega. Viimene on aga vajalik östrogeenide proliferatiivse toime neutraliseerimiseks, etendades suurt osa östrogeenide ainevahetuses.

Hüperöstrogenismi kasuks räägivad ka müoomihaigete endomeetriumi uurimise tulemused. Väga sageli täheldatakse müoomihaigetel glandulaarset hüperplaasiat ja endomeetriumi polüüpe. Samaaegselt müoomidega leitakse sageli ka emaka adenomüoosi. Paljud uurijad märgivad, et müoomide, endomeetriumi polüüpide ja adenomüoosi sage samaaegne esinemine tõestab nende haiguste ühist hormonaalset geneesi.

Östrogeense stimulatsiooni prevaleerimise kasuks müoomihaigetel räägivad kolpotsütoloogilised andmed. Sageli esineb müoomihaigetel positiivne pupilli fenomen, sõnajala-lehe fenomen on hästi välja arenenud ja tupe tsütoloogiline reaktsioonitüüp on IV.

Kõik uurijad, kes on määranud müoomihaigetel östrogeenide erituse ööpäeva uriinis summaarselt, on leidnud seal kõrgenenud östrogeenide taset, mis ületab isegi mitmekordselt östrogeenide sisalduse tervetel naistel.

Östrogeenide ainevahetuse häirete kindlakstegemiseks on uuritud, eriti viimasel aastakümnel, östrogeenide üksikute fraktsioonide - östradioli, östrooni ja östrioli - eritust ööpäevases uriinis. Selles suhtes on andmed diametraalselt vastupidised. Osa autoreid märgib östrogeenide aktiivsete fraktsioonide - östradioli ja östrooni, teised aga mitteaktiivse fraktsiooni - östrioli erituse prevaleerimist. On isegi tšid, kus märgitakse, et östrogeenide fraktsioonide eritus müoomihaigetel ei erine terve naise östrogeenide eritusest.

Üksmeelne on uurijate seisukoht kollaskeha funktsiooni kohta müoomihaigetel. Mittetähtsuväärtuslikku kollaskeha funktsiooni nendel haigetel kinnitavad pregnandiooni määramise tulemused. Valdava enamiku uurijate andmetel on müoomihaigetel uriinis pregnandiooni eritus alanenud või ei vasta menstruaaltsükli faasile.



Sellest lähtudes soovitatakse müoome ravida progesterooniga (V.I. Zdravomõslov). Sageli jääb aga ravi progesterooniga, seda üksi kasutades, tulemusteta. Progesteroon soodustab emaka verevarustuse parandamist ja võib sel teel koguni soodustada olemasolevate müoomide kasvu.

Väga huvitavad on S.H. Nazarli uurimistulemused, kes oma doktoritöös märgib, tuginedes eksperimentaalsetele andmetele, et hüperöstrogeenism kui munasarjade talitluse tulemus areneb testosteroonihulga vähenemise mõjul organismis. Autor toonitab, et suguhüütel tuppe sattunud spermatozoidide ülesandeks ei ole üksnes viljastamine, vaid normaalse suguelu korral imendub testosteroon tupe, emaka ja munajuhade limaskestast kaudu, langetades östrogeenide antagonistina nende nivood organismis. Võib arvata, et mitmesugused suguelu anomaaliad (näit. coitus interruptus) võivad sel teel soodustada emakamüoomide tekkimist.

Seda androgeenide antiöstrogeenset toimet, mis põhineb hüpofüüsi gonadotroopse funktsiooni pärssimisel, on edukalt kasutatud müoomide konservatiivses ravis. Müoomide ravimisel meessuguhormoonidega on saadud häid tulemusi. Seejuures täheldatakse isegi nende taandarengut. H. Sauter märgib, et ravi tulemused on seda paremad, mida rohkem on müoomis silelihaserakke ja mida lähemal on haige menopausiale. Märgitakse ka (J. Vague), et testosteroonravi on ilmingimata vaja kasutada müoomide algstaadiumis. Väga häid ravitulemusi on saadud ka testosterooni ja progesterooni samaaegsel kasutamisel.

V.P. Aleksandrova (1967) kirjeldab müoomihaigete munasarjade talitluse häirete normaliseerumist pärast ravi Pjatigorski mineraalveega. Autori arvates normaliseerivad nimetatud veed munasarjade talitlust hüpotaalamo-hüpofüüsarise süsteemi kaudu. Mis puutub aga mudaravisse, siis on see müoomide puhul rangelt vastunäidustatud. Seda ei tohi kasutada isegi siis, kui müoom on opereeritud ja günekoloogiline staatus on momendil täiesti korras. Mudaravi soodustab hüperemeediat väikeses vaagnas ja stimuleerib munasarjade ta-

litlust, mistõttu hakkavad kasvama isegi sellised müoomid, mida palpatsioonil läbi kõhukatete veel ei tunne.

Enamik kaasaegseid uurijaid on seisukohal, et müoomihaigetel ei esine üksnes munasarjade, vaid ka teiste sisesekretoorsete näärmete talitluse muutusi.

H. Husslein vaatleb müoomi kui pluriglandulaarsete häirete tagajärge, kus samaaegselt esinevad munasarjade, kilpnäärme, neerupealiste ja hüpofüüsi talitluse häired. G. Tsoutsouloupoulos seletab müoomihaigetel sageli esinevat arteriaalset hüpertooniat neerupealiste funktsiooni muutusega.

Mis puutub hüperöstrogenismi tekkemehhanismi emakamüoomiga haigetel, siis selles suhtes on arvamused lahkuminevad. Osa uurijaid peab hüperöstrogenismi tekkimises ja seega ka müoomi etioloogias primaarseks häireid hüpofüüsi eessagara talitluses. Teiste arvates tuleb müoomihaigete hormoonide ainevahetushäirete põhjust otsida dientsefaalhüpofüsaarse süsteemi düskorrelatsioonist. Paljud nõukogude autorid seletavad müoomide tekkimist pavlovliku nervismi positsioonilt lähtudes. Häired ajukoore - koorealuse süsteemi tasakaalus avaldavad hüpofüüsi vahendusel mõju gonaadidele ja emakale, muutes nende funktsionaalset seisundit, ja põhjustavad sageli genitaalsfääris pato-morfoloogilisi muutusi.

Väga vähe on müoomialases kirjanduses ja üldse ka endokrinoloogilises günekoloogias tähelepanu pööratud maksa funktsioonile.

Maksal on keskne koht steroidhormoonide ainevahetuses. Eksperimentaalselt on kindlaks tehtud, et maksas toimub östrogeenide bioloogiline aktiveerumine, nende seostumine albumiinidega. Samuti on kirjanduses rohkearvuliselt andmeid, mis tõestavad östrogeenide inaktiveerumist maksa-koos in vitro.

Mitmesuguste maksakoe ja sapiteede haiguste korral (hepatiit, tsirroos, maksakivid jne.) on maksa funktsioon ja seoses sellega ka östrogeenide lõhustumine häiritud.

Selle tulemusena areneb endogeenne hüperöstrogeenism, mis avaldub mitmesuguste genitaalsfääri patoloogiate väljakujunemises. Östrogeenide inaktivatsioonihäirete poolt maksakahjustuste korral räägivad loomkatsed: kui katseloomadel kahjustada maksa tetrakloorsüsinikuga, siis nende organismis tõuseb endogeensete östrogeenide tase (J. Kulcsár ja J. Kulcsár-Gergely).

Hüperöstrogeenismi samaaegse östrogeenide metabolismi häiretega ägedate ja krooniliste maksa haigestumiste korral kinnitavad ka östrogeenide ekskretsiooni tulemused.

E.P. Smolitshev kutsus küülikutel esile maksakahjustuste tetrakloorsüsinikuga ja täheldas tunduvald nihkeid katseloomade vereseerumi valgulisel koostisel - vähenesid albumiinid ja kõrgenesid globuliinid, eriti  $\beta$ - ja  $\gamma$ -fraktsioon. Maksa krooniliste kahjustuste korral on paljud uurijad täheldanud inimese vereseerumis albumiinide vähenemist ja globuliinide rohkenemist. Analoožilist nihet vereseerumi valkude koostisel täheldatakse ka emaka düsfunktsionaalsete verejooksude korral. Y. Nyri, uurinud valgu ainevahetust hepato-ovariaalse sündroomi korral, tegi kindlaks, et esineb kindel korrelatsioon vereseerumi albumiinide hulga vähenemise ja östrogeenide sisalduse suurenemise vahel. Vereseerumi valgulise koostise normaliseerimine viis ka östrogeenide produktsiooni normaliseerumisele.

Kliinik tunneb nn. "hepato-ovariaalset sündroomi", see esineb sageli 35 - 50-aastastel naistel, kellel esinevad mitmesugused häired maksa talitluses ja organismi üleküllastumine östrogeensete hormoonidega. Selline naise organismi üleküllastumine östrogeenidega viib maksarakud ja maksa ensümaatilise aparadi kurnatusele. Samaaegselt aga loob maksa funktsiooni puudulikkus tingimused veel suuremaks hüperöstrogeenismiks. Maksa stimuleeriva ja säätva ravi kasutamine annab paljudel juhtudel väga häid tulemusi.

Hüperöstrogeenism maksakahjustuste korral ei ole iseloomulik ainult naistele. Maksatsirroosi korral täheldatakse meestel samuti feminiseerumise tunnuseid - ilmub naistele omane rasvaladestus, nende hääl muutub peeneks.



Kirjanduses on andmeid müoomihaigete maksa funktsiooni kohta suhteliselt vähe. Huvitavad andmed esitab I. Davies mõningate Aafrika rahvuste kohta, kes kannatavad pideva valgunälja all, mille baasil neil arenevad maksaatsirroosid sellele kaasneva hüperöstrogeenismiga. Nendel naistel leitakse palju sagedamini emakamüoomi kui tervetel naistel. Suhteliselt sageli esinevad samaaegselt emakamüoom ja sapikivitõbi. See annab alust paljudele uurijatele oletada, et mõlema haiguse geneesis etendab tähtsat osa hüperöstrogeenism.

Mis puutub müoomihaigete vereseerumi valgusisaldusse, siis leiavad paljud uurijad nendel haigetel albumiini- de vähenemist ja globuliinide rohkenemist. Selline verevalkude nihe esineb ka maksakahjustuste korral.

Lisaks valgufunktsioonile märgitakse müoomihaigetel maksa pigmendifunktsiooni ja fermentifunktsiooni häireid. Sageli on müoomihaigetel uriinis urobiliini hulk suurenenud, esinevad positiivsed maksa funktsiooni proovid, nagu näiteks Takata proov, veronaal-tümooli proov, kadmiumi test jne.

Paljud uurijad märgivad müoomihaigetel hüperkolesterineemiat. Selle põhjuseks peetakse funktsionaalse tasakaalu häiret endokriinses süsteemis ja steroidhormoonide ainevahetuses.

Maksa funktsiooni häirete kasuks räägib ka 17-ketosteroidide eritus müoomihaigete uriinis; nimelt on makshaiguste korral 17-ketosteroidide erituse tase uriinis mädalam.

Östrogeense stimulatsiooni prevaleerimist tuleb pidada üheks tingimata vajalikuks tingimuste kompleksiks emakamüoomide geneesis. Östrogeenne stimulatsioon võib prevaleerida ühelt poolt östrogeenide külluse korral naise organismis. See on nn. absoluutne hüperöstrogeenism. Teiselt poolt aga nende normaalse tase puhul siis, kui puudub progesterooni antiöstrogeenne toime. See on nn. suhteline hüperöstrogeenism. Ei saa eitada ka seda, et mõnedel müoomihaig-



getel on häiritud östrogeenide metabolism ja neil prevaleerivad just need östrogeenide fraktsioonid (östradiool, österoon), mis avaldavad selektiivsemat toimet müomeetriumile.

Östrogeense stimulatsiooni prevaleerimine võib esineda munasarjade primaarsete häirete korral. Samuti võib see tekkida teiste endokriinsete näärmete düsfunktsiooni tulemusena, eriti siis, kui esineb kompensatoorsete mehhanismide (hüpofüüs, neerupealis) funktsiooni puudulikkus. Östrogeenide küllus võib naise organismis tekkida ka siis, kui nende inaktiveerumine maksas on häiritud. Arvestades maksa ja munasarjade talitluse vastastikust seost, võivad häired maksa funktsioonis tekkida ka sekundaarselt kestva hüperöstrogeeneemia tulemusena (hepato-ovariaalne sündroom).

Müoomi hormonaalse geneesi kahjuks näib rääkivat asjaolu, et metropaatiaga haigetel ei teki alati emakamüoomi, vaatamata aastaid kestnud östrogeense stimulatsiooni prevaleerimisele. Tuleb arvata, et hüperöstrogenism, olgu see siis absoluutne või relatiivne, on üheks tingimata vajalikuks, kuid mitte ainukeseks faktoriks emakamüoomide tekkimisel. Tuleb nõustuda nende autorite seisukohaga, kes väidavad, et müoomi tekkimiseks on ovariaalse düsfunktsiooni kõrval oluline müomeetriumi mitmesugune tundlikkus ja tema koelis-funktsionaalne struktuur. On võimalik, et sellel baasil saabki käsitleda pärilikkuse osa müoomide geneesis.

### III. EMAKAMÜOOMI HISTOGENEES

Emakamüoomid tekivad müomeetriumi sügavuses silelihasekiudude koldelise paksendina või nende hüperplaasiana. K.P. Ulezko-Stroganova jõudis oma rohkearvuliste morfoloogiliste ja eksperimentaalsete tööde põhjal järeldusele, et geneetilisel arenevad müoomid nendetsamadest elementidest, mille arvel toimub füsioloogiliselt emakaseina kasv ja selle füsioloogiline hüperplaasia raseduse ajal. Niisugusteks elementideks on ühelt poolt juba olemasolev lihaskude, eri-

ti noored rakuvormid lihasekimpudes, teiselt poolt embrüonaalsed (mesenhümaalsed) jäähgid, peamiselt adventiitsia rakud veresoonte seintes. Sama seisukoha esitab kaasajal P. Bolck, kelle arvates müoomide algallikaks on vähediferentseerunud sidekoerakud. C. Sirtori kaastöötajatega on seisukohal, et müoomid tekivad emaka silelihasekiududest. Autorid uurisid 633 müoomihaigel 2000 müoomisõlme ja leidsid 20 % erilisi turselisi koldeid sidekoelises vaheseinas, kuhu oli paisatud kas üksikult või gruppina silelihaserakke, mis olid võimelised moodustama veresooni ja argürofiilseid kiude. Mainitud alasid vaatavad autorid kui müoomi algkoldeid. L. Zettergren peab müoomi algkoldeks veresoonte vahetus läheduses olevaid lihaserakke. H. Schwarzi ja S. Wissneri arvates võivad müoomid tekkida arterite ja veenide lihase-listest seintest. Selle seisukoha tõestuseks esitavad H. Kremer ja St. Wuketich ühe haigusjuhu kirjelduse, kus emakamüoom oli arenenud emaka ja vaagnaveenide seinast.

Emakamüoomi histogeneesi mõistmisel on tohtuid teeneid nõukogude teadlastel M.P. Glazunovil, N.G. Hlopinil ja A.A. Zavarzinil ja A.V. Rumjanteevil. Mainitud autorid tõestasid oma uurimustega, et silelihaskude kujutab endast geneetiliselt mesenhüümi kontraktiilset varianti. M.P. Glazunovil õnnestus näidata, et emakamüoomid kujutavad endast pidevat rida, mille ühes otsas on müoomid, teises aga fibroomid. Müoomide ja fibroomide vahepeal on kõik võimalikud üleminekuvormid, kus prevaleerivad kas silelihase või sidekoerakud.

Siinjuures on vaja märkida G. Hürmanni uurimusi, kes, käsitledes müoomide formaalset geneesi, märgib, et müoomid tekivad nendes kohtades, kus juba normaalselt on kõige enam välja kujunenud emaka spiraalitaoline ehitus, nimelt emaka keskjoonel, harvem munajuha nurkades. On võimalik, et Müller'i juhade liitekohtadel on arengulooliselt säilinud enam mittediferentseerunud embrüonaalseid rakke, mis võivad olla ka lähtekohaks müoomide tekkimisel.

#### IV. EKSPERIMENTAALNE EMAKAMÜOOM

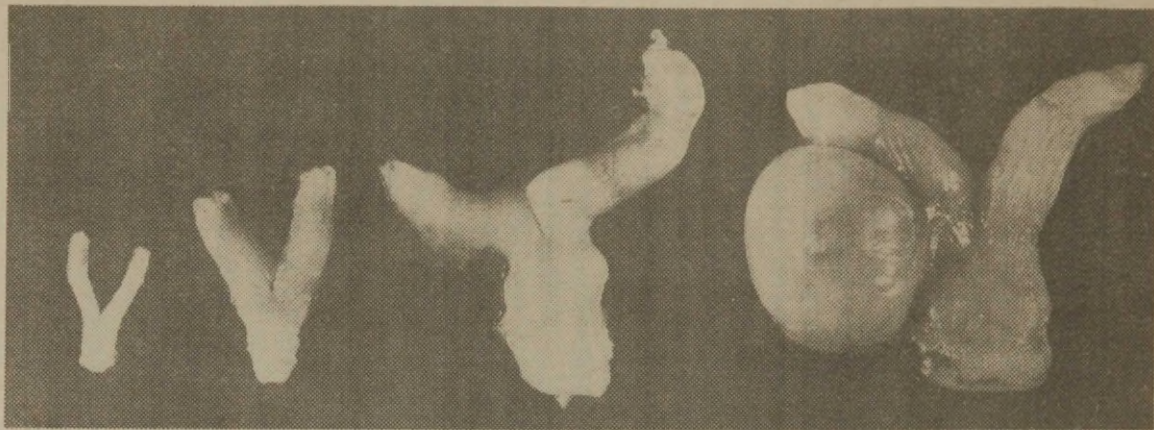
Üheks kaalukamaks müoomi hormonaalse geneesi tõendiks on eksperimentaalsete müoomide tekitamine katseloomadel naturaalsete ja sünteetiliste östrogeenide toimel.

Juba A.Lacassagne 1935. aastal, seejärel W.O. Nelson leidsid katseloomade emakates östrogeenide süstimise tulemusena müomatoosseid muutusi. Eriti põhjanevaid tõid eksperimentaalsete müoomide tekke tingimustes ja nende struktuuri kohta esitasid 1939. aastal A. Lipschütz ja tema koolkond. Autorid märgivad, et folliikulhormooni süstimisel tekivad katseloomade suguelundites, kõhuõõnes ja põrnas kõva konsistentsiga erineva suurusega siledapinnalised ja teiste organitega tugevasti liitunud tuumorid. Histoloogiliselt olid need kasvaja fibroosile kalduvad müoomid. Kastreeritud merisigadel arenesid müoomid kiiremini kui mittekastreeritud, millest autorid järeldavad, et munasarjadel on tuumori teket pärssiv toime, mis aga kaob östrogeenide kauasell manustamisel. Võrreldes kastreeritud merisigadel östradiooli, östrooni ja östradioolbensoaadi kasvajat esilekutsuvat toimet, leiti see suurem olevat östradioolbensoaadil. Eksperimentaalselt esilekutsutud müoomid taandarenesid pärast östrogeenide injektsioonide lõpetamist. Siit tuleneb autorite oletus, et menopausis ja pärast kastratsiooni on inimese müoomide taandareng tingitud östrogeenide vaegusest organismis. O. Koref kaasautoritega tegi kindlaks, et nii emased kui ka isased merisead reageerivad kestvatele suurtele östradioolbensoaadi annustele fibroosse koe moodustamisega. Seejuures näitab kasvajate teke soolist erinevust, olles emastel katseloomadel rohkem välja kujunenud kui isastel.

Hiljem on paljud uurijad, kasutades mitmesuguseid katseid, erinevaid östrogeenide preparaate ja erinevaid katseloomi, esile kutsunud eksperimentaalseid müome (C. Bimes, J.S. Klenitski, F. Cassano, V. Meipalu jt.) (joon. 9).

Enamik uurijaid on eksperimentaalseid müome esile kutsunud merisigadel ja küülikutel. T.B. Žuravljova näitas





Joon. 9. Sünöstrooli pikaajalise manustamise tulemusena tekkinud emakamüoomid merisigadel (isiklik preparaat).



oma doktoriväitekirjas, et erinevad laboratoorsed katseloomad reageerivad iselaadselt hormoonpreparaatidele. Nii näiteks arenevad östrogeenide mõjul merisigadel sidekoelised kasvaja, samal ajal valgetel rottidel neid ei teki. A.V. Vadvova ja E.J. Samoilovskaja täheldasid pärast sünnüstrooli pikaajalist manustamist ainult osal ahvidel emaka hüpertroofiat ja fibromatoosi. F.L. Hisawi andmetel tekivad ahvidel kiiremini ja sagedamini emakamüoomid siis, kui östrogeene manustada koos progesterooniga. Valgetel hiirtel täheldatakse pärast sünnüstrooli pikaajalist manustamist emaka lihaskesta hüpertroofiat ja hüperplaasiat (E.M. Petrova ja M.M. Abramova) ning fibroosseid muutusi (L.I. Tsarkviani). Analoogilisi muutusi kirjeldatakse infantiilsetel rottidel pärast kooriongonadotropiini manustamist (G. Dörner ja E. Wohlweg).

Väga kaalukaks emakamüoomi hormonaalse geneesi tõestuseks tuleb pidada asjaolu, et katseloomadel on õnnestunud eksperimentaalseid müoome esile kutsuda mitte üksnes eksogeense, vaid ka endogeense hüperöstrogeeneemia tulemusena. E.A. Ird toob oma monograafias andmed selle kohta, et mõjustades mitmel viisil rottide munasarju (kiiritus, osaline reseksioon, istutamine lihastesse) tekivad nendes hormonaalselt aktiivsed follikulaarsed tsüstid, mis põhjustavad rottide organismis kestva hüperöstrogeenismi. Selle tulemusena arenevad katseloomade emakas glandulaarne hüperplaasia, emakapolüübid ja emakamüoomid. Analoogilisi tulemusi on saanud H.A. Turkevits ja tema kaastöötajad.

Endomeetriumis märgitakse pideva hüperöstrogeeneemia tulemusena glandulaartsüstilist hüperplaasiat, strooma fibroosi, adenomatoossete polüüpide ja adenomüoosi väljakujunemist (H. Pierson, S.H. Nazarli, C. Bimee).

Kooskõlas viimase aja seisukohtadega ei või östrogeenide fraktsioone - östradioli, östrooni ja östrioli - vaadata üksnes östrogeenide ainevahetuse produktidena. Igaühel neist on organismis kindel funktsioon, kusjuures ühiselt võivad nad avaldada kas sünergeetilist või antagonistlikku toimet. F.L. Hisaw kaastöötajatega võrdles 17- $\beta$  östradioli, östrooni ja östrioli mõju suguküpsete kastreeri-

tud rottide emaka kasvule. Selgus, et Östradiool oli 10 korda efektiivsem kui Östroon. Üheaegsel manustamisel Östriooliga vähenes nii Östradiooli kui ka Östrooni mõju emakale. N.K. Jegorova võrdles sünöstrooli (Östradiooli-tüüpi preparaat) ja follikuliini (Östrooni-tüüpi preparaat) toimet merisigade emakatele. Pikaajalise sünöstrooli manustamise tulemusena suurenes merisigade emakas neli korda, samal ajal kui follikuliin samades annustes kutsus esile ainult emaka mõõduka suurenemise. Autor arvab, et Östradioolil on selektiivne toime emaka lihaskoele, kuna Östroon avaldab mõju peamiselt emaka limaskestale. G.A. Overbeek ja J. de Visser, võrreldes rottide emakatel Östradiooli ja Östriooli hüpertroofiat tekitavat toimet, konstateerisid, et Östradioolil on see 100 - 1000 korda tugevam kui Östrioolil. Viimane avaldab aga toimet mitmekihilise lameepiteeli arenemisele emakakaelas ja tupes. Analoomiliselt tulemusi said ka R.A. Edgren ja D.W. Calhoun.

S. Brody ja A. Westman tegid katsetel kastreeritud küülikutega kindlaks, et Östradiool stimuleerib müomeetriumi kasvu, kuna progesteroonil on emaka kasvu pärssiv toime. Seejärel nägid S. Brody ja N. Wiqvist, uurides Östradiooli ja progesterooni mõju kastreeritud rottide emaka kasvule, et Östradiool on nii hüperplastilise kui ka hüpertroofilise kasvuefektiga, kuna progesteroon pärssis mõlemat kasvulaadi. Progesterooni emaka kasvu pärssiv toime olenes tema manustamise ajast: enne Östradiooli manustatult soodustas see hüperplastilist kasvu, järgnevalt aga pärssis nii hüperplastilist kui ka hüpertroofilist kasvulaadi. Esitatud faktid on aluseks autorite arvamusele, et ovariaalhormoonide vaheproduktid avaldavad emaka kasvule selektiivset toimet.

Progesterooni kõrval on ka testosteroonil ja selle mitmesugustel derivaatidel antagonistlik toime Östrogeenide mõjul tekkinud ebanormaalsele emaka kasvule katseloomadel (R.A. Edgren, T. Nicol). J. Vague' ja kaastöötajate, samuti V.S. Žuikova andmetel põhjustab testoste-

roon-propionaadi pikaajaline süstimine katseloomade munasarjade üldist atroofiat, ovotsüütide degeneratsiooni, munasarjade tsüstide ja skleroosi tekkimist ning degeneratiivseid muutusi munasarjade närviaparaadis.

Progesteron ja testosteron kui östrogeenide antagonistid pärssivad eksperimentaalsete müoomide tekkimist ja põhjustavad olemasolevate müoomide taandarengut. R. Iglesias tõestas katsetega emastel merisigadel, et progesteron pärssib nende eksperimentaalsete müoomide arengut, mis tekivad pärast 17- $\beta$ -östradiooli manustamist. Väheemat toimet avaldavad desoksükortikosteron ja testosteron. Väga häid tulemusi eksperimentaalsete müoomide profülaktikas ja ravis on saanud testosteron-propionaadiga M.V. Harabadze ning S.H. Nazarli. P. Brocq ja C. Stora said häid tulemusi eksperimentaalsete müoomide ravimisel AKTH-ga.

Tuleb arvata, et eksperimentaalsete müoomide tekkimine on seoses kohaliku koe ainevahetuse muutustega, mille kasuks räägivad I.S. Todortseva uurimistulemused. Autor uuris muutusi merisigade müomeetriumi närviaparaadis kestva hüperöstrogenismi korral. Katsetest selgus, et merisigade närviaparaat on tundlik naturaalsete ja sünteetiliste östrogeenide manustamisele. Esineb kindel seos müoomide tekkimise ja perifeerse närviaparaadi seisundi vahel: müoomide ilmumine langeb kokku müomeetriumi närviaparaadi düstroofiliste protsessidega. Autor arvab, et kestab hüperöstrogenism ja sellega tihedalt seostuvad muutused perifeerses närviaparaadis etendavad olulist osa emakamüoomide tekkimisel.

Kirjanduses esineb ka arvamus, mis ei põhine autorite isiklikel uurimustel, et eksperimentaalseid müome ei saa pidada identseteks inimese müoomidega (A. Granjon ja M. Jullien, F. Bolck). Esitatud seisukoha kinnituseks toovad nad rea väiteid. Esiteks pole östrogeenide toimel tekkinud kasvavad histoloogiliselt alati sarnased emakamüoomidega inimesel. Teiseks on kasutatud östrogeenide an-



nused nii suured, et seda ei saa võrrelda inimese normaalse östrogeenide nivooaga. Kolmandaks tekivad kasvavad ka ekstragenitaalselt, mida inimeste juures esineb harva. Neljandaks pole need kasvavad ümbritsetud sellise kapsliga nagu inimese spontaansed müoomid. F. Bolcki arvates kujutavad eksperimentaalselt esilekutsutud kasvavad histogeneetilisel endast kapillaaride ja nende aktiivse mesenhüümi koldelisi vohandeid.

#### V. MORFOLOOGILISED MUUTUSED MUNASARJADES EMAKAMÜOOMI KORRAL

Paljud uurijad peavad müoomihaigete munasarjade funktsioonihäirete aluseks nn. munasarjade väiketsüstilist degeneratsiooni. Erinevad uurijad on leidnud müoomioperatsiooni-  
del munasarjade tsüstilist laadi muutusi 35,3 - 100 % opereeritud juhtudest.

N.A. Kalantarova ning A.S. Lesakova märgivad väiketsüstilise degeneratsiooni korral munasarjade kooraines primordiaalfolliikulite vähenemist, interstitsiaalset hüperplaasiat, strooma ja veresoonte tugevalt väljakujunenud skleroosi ning strooma fibromatoosi.

Tuginedes eriti viimastel aastatel tehtud kliinilisele ja eksperimentaalsele uurimistööle, tuleb arvata, et enamik väiketsüstiliselt degenerereerunud munasarju on endogeense hüperöstrogeenismi põhjuseks. Selle poolt räägivad A. Granjoni ja M. Jullieni uuringud, kes määrasid müoomihaigete mikrotsüstiliste ovaariumide östrogeenidesisalduse ja leidsid, et arvukad folliikulid sisaldasid rikkalikult östrogeeni. Ainult üksikutel juhtudel oli follikulaarsete tsüstide östrogeenidesisaldus normaalne. Samadele järeldustele jõudsid M. Luisi ja tema kaastöötajad, kes uurisid müoomihaigete munasarju histokeemiliselt ja biokeemiliselt. Autorid leidsid, et müoomihaigete munasarjades esineb tunduvalt rohkem 17- $\beta$ -östradiooli kui tervete naiste munasarjades. Siin-

juures on vaja rõhutada seda, et müoomihaigete munasarjade histoloogilisel uurimisel leitakse sageli munasarjade interstitsiaalse koe hüperplaasiat. V.M. Dilmani andmetel intensiivistub munasarjade interstitsiaalse koe hüperplaasia korral fenoolsteroidide moodustumine. I.O. Smirnova ja N.I. Lazarev märgivad samuti, et kõrge östrogeenide tase põhjuseks võib olla munasarjade interstitsiaalse koe hüperplaasia. Lisaks sellele õnnestus autoritel näidata eksperimentaalselt rottidel, et pärast subtotaalset kastratsioonit tekivad katseloomade munasarjades follikulaarsed tsüstid, mis produtseerivad rikkalikult östrogeene, kutsudes rottidel esile pideva östruse väljakujunemise. Pärast follikulaarsete tsüstide opereerimist östrogeenidesisaldus vähenes ja östrus asendus diöstrusega. Follikulaarsete tsüstide implanteerimine kaastreeritud katseloomadele põhjustas neil östrogeenide järsu tõusu, mis avaldus pideva östruse tekkimises kaastreeritud rottidel.

Kollaskehi leitakse müoomihaigete munasarjades harva. A.I. Petšenko ning L.I. Bükovskaja ei leidnud kollaskehi ühegi uuritud müoomihaige munasarjades. I.T. Witherspoon leidis neid ainult üksikudel müoomioperatsioonidel. N.S. Utotšnikova ja L.D. Sõtš märgivad oma hormonoloogiliste uurimiste põhjal, et isegi nendel juhtudel, kui müoomihaigete munasarjades leitakse kollaskehi, on nende funktsioon tunduvalt alanenud.

Munasarjade tsüstilise muundumise põhjusena esitatakse kirjanduses mitmeid seisukohti. I.A. Podzorov ja L.A. Šusser arvavad, et keerukate endokriinsete korrelatsioonihäirete või põletikuliste muutuste tõttu munasarjades Graafi folliikul ei lõhke ega moodusta kollaskeha. Emakamanuste põletikke munasarjade tsüstiliste muutuste tekkimisel peavad tähtsaks paljud uurijad (P.G. Šušanija, L.L. Okintšits jt.). Siinjuures on vaja märkida, et müoomioperatsioonidel täheldatakse sageli emakamanuste põletiku tunnuseid (I. Bouccara ja B. Giraud, D.W. Briggs). Põletike mõjust munasarjade tsüstiliste muutuste tekkimisel räägivad R.Fit-

ko eksperimentaalsed uuringud suguküpsete rottidega. Autor leidis, et munasarjade follikulaarsete tsüstide tekkimisel etendavad olulist osa infektsioonid, hemodünaamilised ja neurotroofilised häired, mis soodustavad sidekoeliste elementide arenemist ja takistavad ovulatsiooni. A.Arvey märgib, et lisaks munasarjade vaskularisatsioonihäiretele võivad follikulaarsete tsüstide tekkimisel olla olulised ka nende innervatsioonihäired.

G.F. Vrublevskaja uuris histoloogiliselt müoomiope-ratsioonidel eemaldatud munasarjade närvisüsteemi. Autor märgib, et müoomide korral on munasarjade närvi-elemendid muutunud, mis võib avaldada mõju ka nende funktsioonile.

Follikulaarsed tsüstid võivad tekkida ka munasarjade ja hüpofüüsi korrelatsiooni häirete tulemusena. Seda seisukohta tõendavad eriti ilmekalt E.A. Irdi katsete tulemused, kellel õnnestus näidata, et esimeseks lüliks nende keerukate protsesside ahelas, mis viivad follikulaarsete tsüstide tekkimisele, on tunduv munasarjade östrogeense funktsiooni alanemine (subtotaalne kastratsioon). Autor seletab munasarja follikulaarsete tsüstide tekkimist järgmiselt: munasarjade funktsiooni alanemise tulemusena tekib organismis järsk östrogeenide nivoo langus, mis kutsub esile hüpofüüsi gonodotroopse funktsiooni püsiva häire. Hüpo-füüs hakkab suurel hulgal produtseerima folliikuleid stimuleerivat hormooni (FSH), kuna luteiniseeriva hormooni (LH) produktsioon jääb madalaks. See loob tingimused munasarjade follikulaarsete tsüstide tekkimiseks. Analooiliselt seletab munasarja tsüstilise degeneratsiooni tekkimist ka A.S. Lessakova, märkides, et lisaks follikulaarsetele tsüstidele tekib ka munasarjade interstitsiaalse koe hüperplaa-sia, mille tulemusena fenoolsteroidide produktsioon tõuseb.

## VI. EMAKAMÜOOMI MIKROSKOOPILINE EHTUS

Emakamüoom koosneb mitmesugustes suundades kulgeva-test silelihasekimpudest (joon. 10). Müoomid sisaldavad roh-



kemal või vähemal määral sidekudet. A.S. Glazunov jaotab müoomid olenevalt sidekoe hulgast pehmeteks ja kõvadeks müoomideks. Müoomikoe histoloogiline struktuur on väga varieeruv. Müoomikoe histoloogilise pildi mitmekesisus oleneb noorte silelihaserakkude diferentseerumise astmest lihasekimpudes (K.P. Ulezko-Stroganova, M.V. Žuravljova ja N.M. Tšistova). Seejuures on lihasekiud müoomis kas peenemad ja pikemad või siis lühemad ja jämedamad kui müomeetriumis. M.V. Žuravljova ja N.M. Tšistova andmetel on vanades müoomides lihasekiud pikemad ja jämedamad kui emakalihases. Seejuures värvuvad müoomi lihasekiud eredamalt kui müomeetriumi omad. E.I. Lamb ja R.R. Greene leidsid, et raseduse esimesel trimestril müoomirakud hüpertrofeeruvad,



Joon. 10. Emakamüoomi mikroskoopiline ehitus.

hiljem jääb nende suurus konstantseks, samal ajal kui kõrvalolevas müomeetriumis silelihasterakud pidevalt hüpertrofeeruvad.

Müoomi silelihaserakkude tuuma suuruse ja kuju kohta esitatakse kirjanduses erinevaid andmeid. K.P. Ulezko-Stroganova täheldas rohkem ovaalseid tuumi. J.S. Klenitski andmetel on ühtedes silelihaserakkudes tuumad lühemad kui normaalses müomeetriumis, teistes aga pikemad.

Huvitav on märkida N.M. Tšistova uurimusi, kes peab müoomi lihaserakkude karakterseks tunnuseks müofibrillide olemasolu nende protoplasmas. Seejuures on müoomirakkudes müofibrille vähem kui müomeetriumi silelihaserakkudes ning nad asetsevad perifeersemlt ja on paksemad kui tavaliselt.

Tuleb nõustuda J.R. Tighe'i ja G. Meachimi seisukohaga, et müoomi fibroblaste ei või vaadata kui lihtsalt kaasnevat rakutüüpi, vaid neil on oma kindel funktsioon. Nähtavasti produtseerivad fibroblastid müoomis prekollageeni ja happelisi mukopolüsahhariide, millest kiiresti arenevad kollageensed kiud.

Numrakkude arv müoomikoes, võrreldes müomeetriumi-  
ga, ei ole rohkenenud.

Kasuistiliste juhtudena kirjeldatakse emakas lipoleiomüoomide esinemist (D.S. Jacobs kaastöötajatega).

Kõikide uurijate andmetel on müoomides veresooni väga vähe (välja arvatud myoma angiomatosum). Veresooned on peened, sirged ja vähe anastomoseeruvad (S.I. Koškina, S.N. Davõdov). Seejuures pole müoomi veresoontel sageli adventitsiaalset seina. Verevarustuse häiretega ja veresoonte morfoloogiliste muutustega on seletatavad müoomisõlmedes sageli esinevad pehmenemiskolded, pseudotsüstid ja nekroosid (I.J. Olhovitš, W. Möbius, O. Laitinen). Verevarustuse muutustega seletatakse ka mitmesuguseid degeneratiivseid protsesse kasvajates raseduse ajal (E.J. Lamb ja R.R. Greene, C. Nicolescu kaastöötajatega).

## VII. AINEVAHETUS MÜOOMIKOES

Seoses kasvajate patogeneesi selgitamisega on viimasel ajal rohkesti tähelepanu pööratud kasvajate valkude biosünteesi küsimustele, kuna valgud on kõikide bioloogiliste struktuuride üheks peamiseks komponendiks ning fermentide näol katalüsaatoriks arvukatele ja mitmekesistele ainevahetuse protsessidele. Valkude, sealhulgas ka valkude fermentide biosüntees on otseses seoses nukleiinhapetega.

A. Zsindela ja M. Endes uurisid nukleinhappeid müoomikoes ja seda ümbritsevas emakalihases. Autorid märgivad RNH hulga kõrgenemist müoomikoes; seda isegi nendel juhtudel, kui histoloogilisel uurimisel sedastati hüaliinset degeneratsiooni. Jälgides DNH hulka emakalihases tähelepanuväärset erinevust ei täheldatud. Samuti ei leitud erinevust müoomikoe ja emakalihase DNH ja RNH nukleotiid-ses koostises.

Emakamüoomi valgusisaldust on uurinud mitmed autorid. F. Jaisle'i andmetel on kasvavates müoomides tropomüosiinisaldus, võrreldes emakalihasega, kõrgenenud. Regressiivsete ja hüalinisatsioonitunnuste esinemise korral tropomüosiinisaldus väheneb. Autor on seisukohal, et tropomüosiini hulga suurenemine võib etendada olulist osa emakamüoomide tekkimisel. E.V. Smirnova uuris erinevaid valgufraktsioone (sarkoplasmaatilised, müofibrillaarsed, stroomaalgud) müoomikoes ja emakalihases. Autor märgib sarkoplasmaatiliste ja stroomaalkude mõningat vähenemist müoomikoes ja müofibrillaarsete valkude hulga suurenemist. Seevastu I.J. Gerevitš kaastöötajatega leidis müoomikoes nii sarkoplasmaatiliste kui ka müofibrillaarsete valkude vähenemist ning stroomaalkude rohkenemist. On võimalik, et lahknevad tulemused on tingitud müoomide uurimisest nende erinevatel arengustaadiumidel.

Huvitav on märkida, et I.P. Zinovjeva, N.S. Bakšeev ja I.J. Gerevitš sedastasid tunduvat kontraktiilsete valkude (aktomüosiin) sisalduse tõusu müoomisõlme ümbritsevas emakalihases. Autorite arvates on siin toimunud omapärane valgu ümberehitus, mis on sarnane raseduse ajal täheldatuga. N.S. Bakšeevi arvates on emakalihase valgulise koostise muutuse ning oksüdatiivsete protsesside intensiivistumise põhjuseks östrogeenide bilansi muutus müoomihaigete organismis.

Valgu rüüsiko-keemiliste ja bioloogiliste omaduste üle võib otsustada tema aminohappelise koostise järgi. Emakamüoomi aminohappelist koostist uuris M. D. Podiltšak, kel-



le andmetel müoomikoes on tunduvalt kõrgeenenud alanini hulk ja vähenenud kõikide teiste aminohapete sisaldus.

Kirjanduse andmed müoomikoe glükogeenisisalduse kohta on vasturääkivad. T. Ueno leidis emakamüoomis kõige rohkem glükogeeni veresoonte seintes, kuna müoomi rakkudes oli glükogeeni vähe. Mõõdukalt hüaliniseerunud müoomides oli glükogeen veel tõestatav, tugevasti muutunud müoomides mitte. N.S. Bakšejevi ja I.J. Gerevitši andmetel on müoomikoe glükogeenisisaldus, võrreldes ümbritseva emakalihasega, tunduvalt vähenenud. Seevastu sisaldasid müoomid O.T. Kleine andmetel rohkesti glükogeeni.

Fermentidest on müoomikoes määratud kõige rohkem hüdrolaase. M. Morii ja I. Takabatake, samuti G. Grossi täheldasid müoomikoes, võrreldes pahaloomuliste kasvaja-tega, palju madalamat fosfataaside aktiivsust. R. Severi andmetel on müoomikoes leeliselise fosfataasi aktiivsus madal, seevastu näitab happeline fosfataas tunduvat aktiivsust. Seda seisukohta näib kinnitavat J. Križi uurimus, kes leidis leeliselist fosfataasi ainult müoomi arterioolide ja kapillaaride endoteelis ning vähesel hulgal ka müoomi rakkude tuumades, mida autor ei pea artefaktiks. K. Fuhrmanni andmetel on fermentide aktiivsus müoomi mitmesugustes koelementides erinev. Autor ei seadastanud märkimisväärset erinevust müomeetriumi ja müoomi silelihasrakkude aluselise ja happelise fosfataasi, samuti aminopeptidaasi ja alieстераasi aktiivsuses. Veresoones on tugevasti fosfataasipositiivsed. Sidekoerakkudes on fermentide aktiivsus väga madal. Tunduvat hüdrolaaside aktiivsuse tõusu, eriti perifeersetes osades, täheldatakse väikestes müoomisõlmedes ning raseduse ajal eemaldatud müoomides. Fermentide aktiivsus langeb degeneratsioonikolletes.

Süsivesikute ainevahetuse ensüümid (fosforülaasid,  $\alpha$ -D-glükosidaas,  $\beta$ -D-galaktosidaas) on K. Fuhrmanni andmetel müoomikoes enamasti kõrgeenenud. Nimeta-

tud ensüüme leitakse kõige rohkem silelihasekiududes, vähem veresoontes, kuna sidekoos on nende aktiivsus negatiivne.

I.J. Gerevitš ja tema kaastöötajad arvavad, et müoomi kude erineb müomeetriumi tunduva oksüdatiivsete ja fosforüleerimisprotsesside aktiivsuse alanemisega. Madalat peroksüdaasi aktiivsust leidis müoomikoes ka G. Giunta. Oksüdatiivsete ensüümirühmade (dehüdrogenaasisüsteem, DPN-diaforaas + DPN-dehüdrogenaas, monoaminoksidas) uurimisel sedastas K. Fuhrmann müoomikoes selle fermentide rühma aktiivsuse mõningat tõusu silelihasekiududes, veresoonte seintes oli see vähem väljendatud, kuna sidekoos osutus ta negatiivseks. Seevastu J.Z. Crespo ja A.G. Torakeri materjalil, mida illustreerivad mikrofotod, on suksinaatdehüdrogenaasi süsteemi fermentide ja amülofosforülaasi aktiivsused müoomikoes tunduvalt tõusnud, seda eriti müoomide perifeersetes osades. T.O. Kleine võrdles müoomikoes ja müomeetriumis kreatiinkinaasi, aldolaasi, laktaatdehüdrogenaasi, malaatdehüdrogenaasi, sorbiitdehüdrogenaasi ja glutamaatdehüdrogenaasi aktiivsusi. Autor märgib, et kreatiinkinaasi aktiivsus on müoomikoes suhteliselt kõrge, aldolaasi aktiivsus aga madalam kui müomeetriumis. Teiste nimetatud fermentide osas uuritavate objektide vahel märkimisväärset erinevust ei olnud.

Lisaks eespool toodule märgitakse müoomikoes madalat transaminaasi ja aldolaasi aktiivsust (M. Camurri ja G.B. Battaglia).

## VII. EMAKAMÜOOMI SÜMPTOMATOLOOGIA

Paljude uurijate tähelepanekutel võivad müoomid, isegi kui nad täidavad kogu kõhuõõnt, areneda täiesti sümptoomideta. Samuti võib müoomisõlmi leida ginekoloogilistel operatsioonidel juhusliku kõrvalleiuna, ilma et nad varem vaevusi oleksid tekitanud. I.L. Braude, K.K. Skro-

banski jt. andmetel on müoomid nooremaealistel sageli sümptoomideta, põhjustades vaevusi alles klimakteeriumi perioodil.

Müoomipuhusteks sümptoomideks on emakaverejooksud, sekundaarne aneemia, valud müoomi piirkonnas, häired naaberelundite (põie ja soolte) talitluses ja steriilsus (joon. 11).

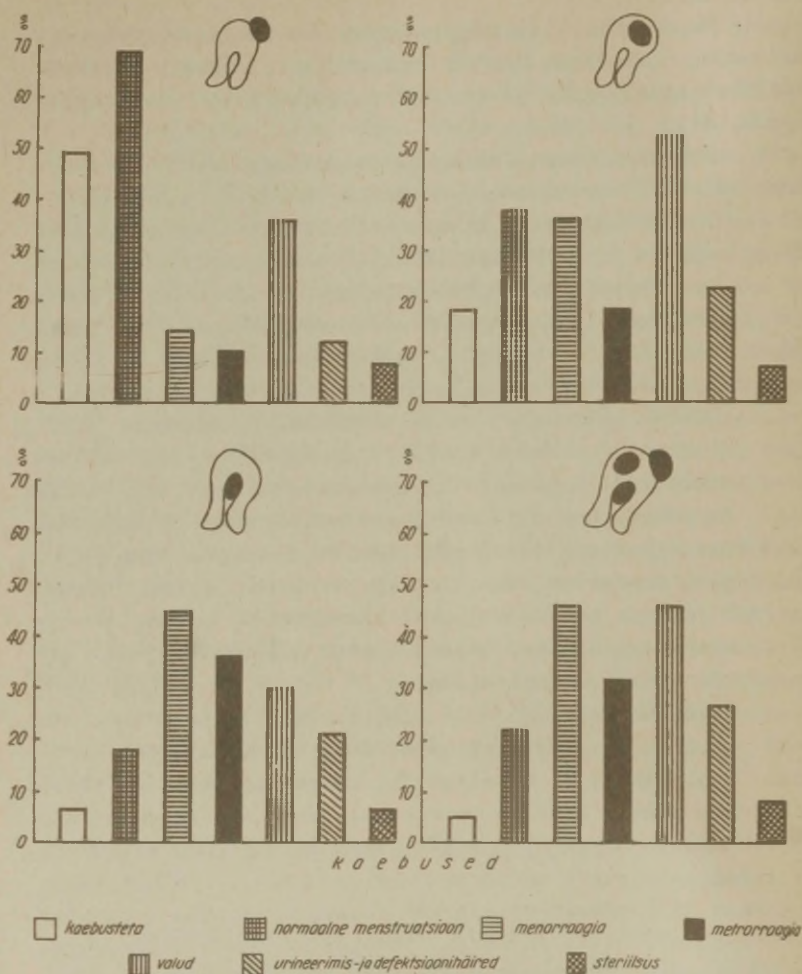
Peamiseks sümptoomiks on emakaverejooksud. Kirjanduse andmetel esineb emakaverejookse müoomide puhul 50,8-97 %-l müoomihaigetest. Lisaks sellele on emakaverejooksud kõige sagedasemaks müoomi kirurgilise ravi indikatsiooniks.

Oma iseloomult on müoomile kaasnevad emakaverejooksud tsüklilised (menorraagiad) või atsüklilised (metrorraagiad). A.L. Kaplani andmetel esineb menorraagiaid 89 % ja metrorraagiaid 11 % müoomipuhustest emakaverejooksudest.

Müoomi korral esinevate menstruaalfunktsiooni häirete patogeneesi küsimus on olnud uurimisobjektiks paljudele autoritele. Hoolimata arvukatest uurimistöödest sellel alal, on seisukohad antud küsimuses mitte ainult lahknevad, vaid koguni vastandlikud. Põhiliselt jagunevad müoomile kaasnevate emakaverejooksude tekke teooriad kahte rühma: osa uurijaid seletab verejookse kasvajast tingitud lokaalsete muutustega emakas, teised näevad selleks põhjust munasarjade häiritud funktsioonis.

L.G. Gorunovitš, L.A. Jahhontova jt. seostavad müoomi puhul esinevaid verejookse emaka veresoonte sklerosisiga. D.O. Ott, J.E. Gitelson jt. omistavad tähtsust müoomisõlmede pinnal olevate veresoonte tunduval laiendamisele ja venoossele paisule, mis võib viia eriti emaka atroofilise limaskesta puhul veresoonte rebenemiseni, põhjustades tugevaid ja kestvaid verejookse. Emakaverejooksu intensiivsust võib mõjustada ka emaka limaskesta menstrueeriva pinna suurenemine müoomihaigetel. Mainitud seisukohta kinnitab N.S. Segali ja A.L. Haskinsi uurimus, mille järgi endomeetriumi pind normaalselt ei ületa  $20 \text{ cm}^2$ , seevastu müoomide puhul suureneb see kuni  $224,5 \text{ cm}^2$ -ni. Autoritel õn-





Joon. 11. Müoomi sümptomatoloogia olenevalt sõlmede asukohast emakas.

nestus näidata seost verejooksu intensiivsuse ja emakaõõne suuruse vahel. M.N. Ionenko andmetel soodustab emakaverejookse ka vaagnaelundite ja endomeetriumi põletikkude sage kaasnemine müoomidele. Müoomipuhuste emakaverejooksude lokaalsete tegurite osa kinnitavad ka kliinilised tähelepanekud, kuna emakaverejooksud olenevad sageli müoomisõlmede topograafilisest asukohast emakas. Enamiku autorite andmetel on subseroossed müoomisõlmed sageli sümptoomideta, seevastu esinevad verejooksud intramuraalsete, eriti aga submukoossete müoomisõlmede puhul. A.I. Petšenko andmetel on submukoossetele müoomisõlmedele iseloomulikud metrorraagiad. Väga oluliseks tuleb pidada asjaolu, et müoomid, eriti intramuraalsed sõlmed, võivad häirida emaka kontraktsiooni võimet menstruatsiooni ajal, mistõttu verejooksud intensiivistuvad (V.V. Slonitski, A.I. Petšenko jt.).

Paljud uurijad tunnistavad müoomile kaasnevate emakaverejooksude geneesis kohalikkude faktorite toimet, kuid peavad neid tegureid teisejärgulisteks. Peamisteks menstruaalfunktsiooni häirete põhjusteks müoomide korral on nende arvates munasarjade funktsiooni muutused. Et müoomile kaasnevaid emakaverejookse ei saa seletada ainult munasarjade düsfunktsiooniga, tõendavad müomektoomiate järgse ravi tulemused. M.S. Aleksandrovi järgi kaebasid enne müoomisõlmede enukleerimist 72,3 % haigetest menstruaalfunktsiooni häireid, mis pärast operatsiooni säilisid ainult 9,7 % juhtudest. Ka E.M. Kapustjan täheldas valdaval enamikul haigetel pärast müomektoomiat menstruaalfunktsiooni normaliseerumist.

Lisaks eespool mainitud seisukohtadele arvatakse, et müoomipuhuste emakaverejooksude põhjuseks võivad olla ka teiste organite haigestumised, eriti trombopeenia (D.A. Gudim-Levkovitš, G.A. Bakš), vere hüübimisprotsessi häired ja vere fibrinolüütilise aktiivsuse tõus (E.M. Jusim, N.A. Vasjuk).

Emakaverejooksud põhjustavad müoomihaigetel kehvre resust. Sageli esineb müoomihaigetel aneemia ka normaalse

menstruaalfunktsiooni korral. Selle põhjuseks peetakse toksilist toimet organismile müoomisõlmede nekroosi, hüalinoo-  
si ja pahaloomulise muundumise tulemusena (E.S. Tšernetso-  
va, F. Insinna, V. Ablano jt.). G. Tsoutsouloupouluse arva-  
tes võib aneemia põhjuseks olla müoomide toksiline toime  
hemopoeetilisele süsteemile. Mainitud seisukoha poolt rää-  
gib Di Re Francesco uurimus, kes müoomisõlmest eraldas  
ekstrakti, mida ta nimetab "toksohormooniks". Selle süsti-  
mine kutsus rottidel esile Fe-sisalduse vähenemise vere-  
plasmas.

Emakaverejooksude kõrval on müoomi sümptomatoloogias  
sageduselt järgmisel kohal valud, mida enamasti müoomi  
piirkonnas esineb 31 - 60 %-l müoomihaigetest. Valud on mü-  
oomi puhul mitmesuguse päritoluga. Valude põhjusena tuuak-  
se esile müoomisõlmede poolt avaldatavat survet närvidele  
ja närvipõimikutele, müoomisõlmede nekroosi ning nende pa-  
haloomulist degeneratsiooni. D.A. Ampofo peab valude üheks  
põhjuseks emakamanuste põletikkude sagedat kaasnemist mü-  
oomidele.

Müoomi poolt avaldatava survega on seletatavad häi-  
red põie ja soolte talitluses. J.S. Klenitski andmetel ka-  
bab urineerimishäireid 10 % haigetest. E.S. Tumanova and-  
metel esinevad müoomihaigetel düsuurilised kaebused koguni  
37,8 %-l. M.I. Litvaki materjalide põhjal võivad isegi väi-  
kesed põie taga asetsevad müoomisõlmed, eriti siis kui nad  
rõhuvad põiekaelale, põhjustada urineerimishäireid.

Haruldane ei ole ka müoomisõlmede pahaloomuline muu-  
dumine. Operatsioonipreparaatide histoloogilisel uurimisel  
leitakse müoomisõlmede pahaloomulist degeneratsiooni 0,45-  
3,9 %-l juhtudest. C. Nicolescu ja kaastöötajate ning  
A.C.-W. Montague'i ja tema kaastöötajate andmetel on sar-  
komatoosseks degeneratsiooniks disponeeritud submukoossed  
müoomisõlmed.

Lisaks müoomisõlmede pahaloomulisele degeneratsioo-  
nile kirjeldavad E.P. Muhhina, P. Salacz jt. emakakehavähi  
ja müoomi sagedat koosinemist. Viimati mainitud autor ar-



vab, et endometriioosi, glandulaarse hüperplaasia ja emakakeha kartsinoomi sageda müoomidele kaasnemise põhjuseks on progesterooni vaegus ja hüperöstrogeenism. W. Dontenwilli arvates on hormoonid, eriti folliikulhormoon, tingimuslikult kartsinogeenne substants, mis võib mõjustada rakkude autonoomset vahangut.

Üheks diskuteeritavaks probleemiks on müoomihaigete generatiivset funktsiooni puudutavad küsimused. Rida autoreid märgib esimeste menstruatsioonide ilmumist varasemas eas nendel tütarlastel, kellel hiljem areneb müoom (P.J. Leltsuk, A.I. Petšenko jt.). Sellega tahetakse näidata, et müoomihaigetel algab östrogeenne stimulatsioon varem kui harilikult. L. Essen-Möller, W. Möbius jt. ei leidnud ealisi erinevusi menarhe ilmumises müoomihaigetel ja tervetel naistel. A. Troelli materjali järgi esineb ainult nendel naistel, kellel müoom leiti enne 35. eluaastat, esimeste menstruatsioonide varasem algus.

Sageli kaebavad müoomihaiged steriilsust. Kui naistel ilma müoomita ei ületa steriilsus 10 - 12 %, siis leitakse müoomi puhul steriilsust 20,7 - 35 % (M.S. Aleksandrov, V.S. Gruzdev). E.P. Maizeli arvates jääb lahtiseks põhjuse ja tagajärje küsimus - kas müoom on steriilsuse põhjuseks või areneb ta steriilsuse tagajärjel. V.S. Gruzdevi arvates võib steriilsus soodustada müoomide arenemist. N.M. Kakuškin märgib, et steriilsuse korral tekib munasarjade düsfunktsioon, mis võib põhjustada emaka lihasealiste elementide intensiivsemat kasvu. M.S. Aleksandrov on seisukohal, et raseduse puudumine võib soodustada müoomide arenemist. Teiselt poolt võib müoomi esinemine olla steriilsuse, iseeneslike abortide ja enneaegsete sünnituste põhjuseks. Üldiselt esinevad müoom ja rasedus koos väga harva.

Enamik uurijaid on seisukohal, et steriilsus ei ole müoomi tekkimise põhjuseks. G. Gaffuri kaasautoritega märgib, et müoomi korral esinev steriilsus on komplitseeritud probleem, milles on esikohal mehaanilised tuumorist tingitud põhjused, teisejärgulised aga müoomidele kaasnevad mu-

najuhade põletikud ja hormonaalsed häired. P. Kostići andmetel põhjustab steriilsust sageli submukoosne müoom, mis takistab kontseptsiooni. F.N. Miller kaastöötajatega ja A.I. Petšenko kinnitavad, et müoomisõlmed võivad takistada munaraku viljastumist. Tähtsamaks peavad nad aga hormonaalseid põhjusi: anovulatoorseid menstruatsioonitsükleid, hüperfollikulineemiat ja progesterooni vaegust. S. Vidaković on seisukohal, et müoomipuhuses steriilsuses etendavad tähtsat osa munasarjade düsfunktsioon ja emaka adenomüootilised muutused. Emakamüoomide puhul leitakse sageli ka munajuhade adenomüoosi (W. Möbius).

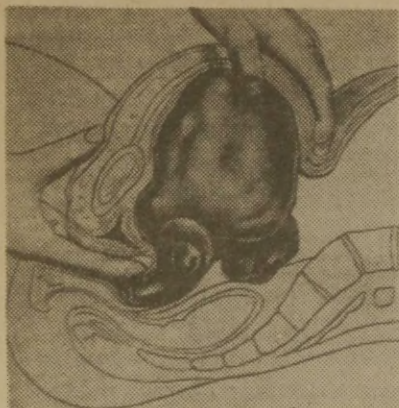
Steriilsust emakamüoomi puhul ei saa seletada üksnes hormonaalsete põhjustega. Selle vastu räägivad kliinilised kogemused, kuna pärast müoomisõlmede enukleerimist täheldatakse steriilsust 4 - 55,3 % (E.P. Maizel, H. Hartl ja H.Langer).

Müoomihaigetel on iseloomulik menopausi hilisem saabumine võrreldes tervete naistega. Enamik autoreid näeb selles ühte munasarjade hüperfunktsiooni väljendust.

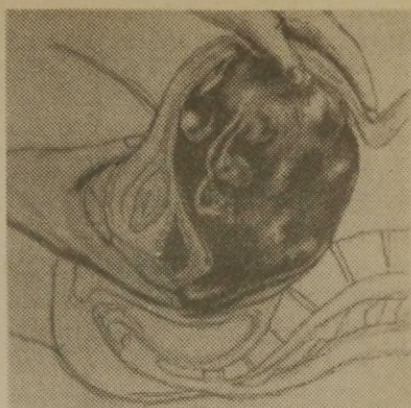
#### IX. EMAKAMÜOOMI DIAGNOSTIKA

Emakamüoom võib kulgeda ilma sümptoomideta. Vaatamata sellele ei kujune tema diagnoosimine enamikel juhtudel raskeks. Bimanuaalsel palpatsioonil leitakse kerakujulisi tiheda konsistentsiga valutuid ja emaka või selle kaelaga ühenduses olevaid sõlmi. Emakamüoomi diagnoosimiseks kasutatavad bimanuaalse palpatsiooni meetodid on toodud joonistel 12, 13, 14, 15. Tavaliselt ei ole müoomi diagnoosimine raske siis, kui sõlmed asuvad eesmisel või tagumisel pinnal.

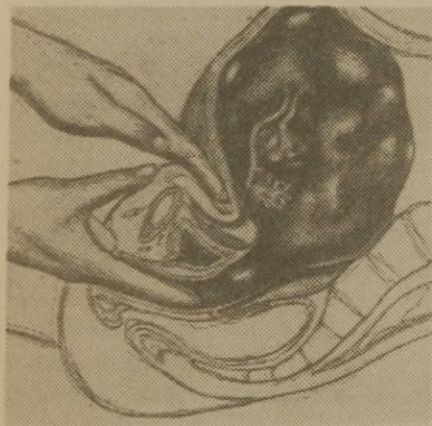
Mõnikord võib emakamüoomi diagnoosimine osutuda ka raskeks. Praktiliselt on vaja kindlaks teha, kas haigel on emakamüoom või munasarjakasvaja. Kui sümptoomideta emakamüoom ei kuulu kirurgilisele ravile, siis munasarjakasvajad tuleb kohe opereerida, eriti kõva konsistentsiga tuumorid,



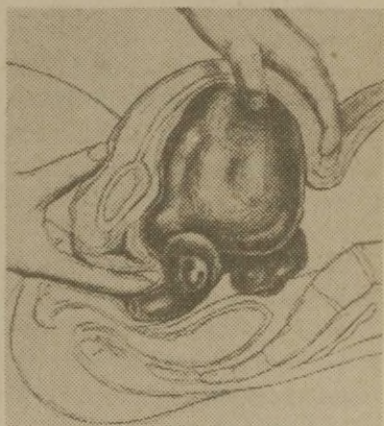
Joon. 12. Bimanuaalne palpatsioon emakamüoimi korral.



Joon. 13. Bimanuaalne palpatsioon emakamüoimi korral.



Joon. 14. Bimanuaalne palpatsioon emakamüoimi korral.



Joon. 15. Bimanuaalne palpatsioon emakamüoimi korral.



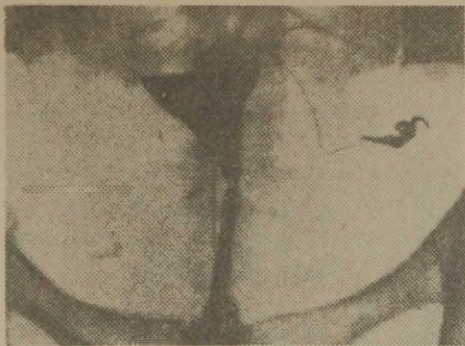
mis sageli on pahaloomulised. Eriti raske on eristada ovariaaltuumoritest neid emakamüoome, mis on varre otsas ja lähtunud munajuhade nurkade lähedalt, samuti intraligamentaarseid müoomisõlmi. Elastse konsistentsiga tuumorid räägivad rohkem ovariaaltsüstide poolt. Ebaselgetel juhtudel soovitatakse teha hüsterosalpingograafia ja kuldoskoopia (joon. 16, 17, 18).

Raskusi võib valmistada ka vanade liiteliste emakamanuste põletikkude ja müoomisõlmede eristamine. Kaua kestnud põletikud võivad samuti simuleerida kõva konsistentsiga, palpatsioonil valutuid ja emakaga tihedalt liitunud tumoreid. Väga oluline on siin anamnees. Varem põetud salpingo-ooriidiidid räägivad põletikulise protsessi kasuks. Bimanuaalsel palpatsioonil on emakamüoomid rohkem liikuvad kui põletikulised tuumorid. Sageli jäävad emakamanuste põletikud emaka taha ja suhteliselt sügavale cavum Douglas'esse. Kui protsess on kahepoolne, on see samuti iseloomulikum põletikule.

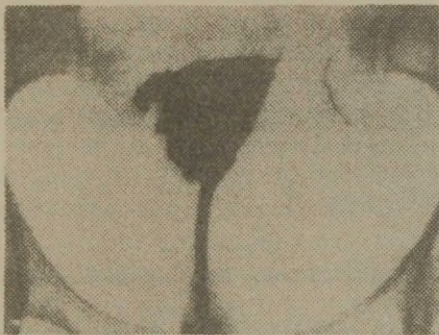
Astsiidi esinemine on tüüpiline pahaloomulisele munasarjakasvajale. Emakamüoomi korral esineb astsiiti väga harva.

Kergem on emakamüoomi diagnoosida siis, kui esinevad emakamüoomile tüüpilised vaevused. Kõige sagedasemaks sümptoomiks on menstruaalfunktsiooni häired. Sageli kaebavad haiged, et aastate vältel on nendel menstruatsiooni kestus pikenenud ja kaotatud vere hulk suurenenud. Praktiliselt on 40-aastaste ja vanemate naiste emakaverejooksude kõige sagedasemaks põhjuseks emakamüoomid ja hemorraagiline metropaatia.

Mõnikord, eriti kui emakas esineb üks müoomisõlm, on raske eristada emakamüoomi adenomüoosist. Viimasel juhul esinevad menstruatsiooni ajal tavaliselt valud, kusjuures emakas suureneb eriti menstruatsiooni ajal. Adenomüoosi korral tuleb haiget menstruatsioonitsükli vältel korduvalt bimanuaalselt järele vaadata. Kui emakas pärast menstruatsiooni oma suuruselt väheneb, räägib see adenomüoosi poolt.



Joon. 16. Hüstero-gramma normaalse emaka puhul.



Joon. 17. Hüstero-gramma submukoosse müoomi puhul.



Joon. 18. Hüstero-gramma submukoosse müoomi puhul.

Emakamüoomi korral võivad menstruatsiooni ajal samuti esineda nõrgalt väljenduvad hoovalud. See sümptoom on iseloomulik eriti submukoossetele müoomisõlmedele.

Lisaks menstruaalfunktsiooni häiretele kaebavad müoomihaiged ka steriilsust.

Ebaselgetel juhtudel on hinnaliseks diagnostiliseks meetodiks metrosalpingograafia. Üksnes sel teel osutub mõnikord võimalikuks avastada submukoosseid müoomisõlmi. Metrosalpingograafia tehakse harilikult 10. - 15. menstruaaltsükli päeval.

Raseduse ja emakamüoomi diferentsiaaldiagnostika võib osutuda küllalt raskeks. Mõnikord võivad rasedusele tüüpilised sümptoomid (tupe liviidsus, Hegari, Piskačeki sümptoom jt.) osutuda emakamüoomi korral positiivseiks. J.S. Klenitski andmetel on see tingitud müoomihaigetel esinevast hüperfollikulineemiast. Raseduse kahtluse korral on soovitatav teha bioloogiline rasedusreaktsioon ning arvestada kõiki kahtlasi ja tõenäolisi raseduse tunnuseid.

## X. EMAKAMÜOOMI RAVI

### 1. Sümptoomideta emakamüoomide ravi

Emakamüoomi algstaadiumid, eriti subseroossed ja intramuraalsed vormid, kulgevad sageli sümptoomideta ega vaja seetõttu spetsiaalset ravi. Kõikide sümptoomideta kulgevate müoomide puhul tuleb rakendada niisuguseid profülaktilisi abinõusid, mis väldiksid müoomide kasvu. K.K. Skrobanski ja A.I. Petšenko soovivad nendele naistele rahulikku eluviisi, kusjuures tuleb vältida väga sagedasi süguhteid ja suguelundite ärritusi. Profülaktiliselt ordineeritakse androgeene: noorematele naistele 150 mg ja vanematele (üle 40 eluaasta) 300 mg 1 kuu vältel. Hästi mõjuvad üldtugevdav ja kuurordiravi, viibimine värskes õhus ja jalutuskäigud. K.K. Skrobanski soovitab hüdroteraapiat - radioaktiivseid ja joodi sooli sisaldavaid vanne. Lähtu-



des sellest, et süsihappevannid ja meres suplemine võivad põhjustada emakaverejookse, ei peeta neid soovitavaiks.

Kõik müoomihaiged peavad olema ühe ja sama arsti-günekoloogi süstemaatilise kontrolli all. Arst peab õigeaegselt märkama müoomi kasvu või selle sõlmede pahaloomulist degeneratsiooni ja alustama seejärel kohe ravi. Müoomihaige peab günekoloogi külastama 3 - 4 korda aastas.

Müoomid, mille suurus ületab 16-nädalase raseduse, vaatamata sellele et nad vaevusi ei põhjusta, kuuluvad operatiivsele ravile. Õeldu kehtib eriti nende naiste suhtes, kes on nooremad kui 40 aastat. Opereerima peab ka neid müome, kus täheldatakse sõlmede pehmenemist.

## 2. Konservatiivne medikamentoosne ravi

Konservatiivset medikamentoosset ravi kasutatakse nendel naistel, kellel on väikesed tiheda konsistentsiga müoomisõlmed ja esinevad mõõdukad tsüklilised emakaverejooksud (menorraagiad). Niisugust ravimoodust kasutatakse ka siis, kui haige ei ole nõus operatsiooniga või kui esinevad vastunäidustused operatsiooniks. Konservatiivse medikamentoosse ravi eesmärgiks on verejooksude vähendamine, valude leevendamine ning aneemiavastane võitlus.

Emakat kontraheerivatest ja seoses sellega ka verejooksu sulgevatest vahenditest soovitatakse kasutada tungalterapreparaate. A.I. Petšenko andmetel mõjub kõige paremini pregnantool (Pregnantolum).

Rp. Pregnantoli 0,02

D.t.d. Nr. 10 in tabul

S. 3 - 4 korda päevas 1 tablett sisse võtta  
või

Rp. Sol. pregnantoli 1 % - 1,0

D.t.d. Nr. 6 in amp.

S. Naha alla või lihasesse 1 ml 1 - 2 korda  
päevas.

Väga head toimet avaldab emakamüloomile kaasnevate verejooksude korral stüptitsiin.

Rp. Stypticini 0,05

D.t.d. Nr. 20 in tabul

S. 2 - 3 korda päevas 1 tablett sisse võtta

või

Rp. Sol stypticini sterilisatae 2 % - 10,0

DS. Naha alla süstida 1 ml.

Viimastel aastatel on emakamüoomi puhul esinevate verejooksude korral kasutatud edukalt pahhükarpiini (Pachycarpinum) 3%-list lahust 5 ml 2 - 3 korda päevas lihase sisesi.

Rp. Sol. pachycarpini hydrojodici 3 % - 5,0

D.t.d. Nr. 3 in amp.

S. Lihase sisesi või naha alla 3 - 5 ml

või

Rp. Pachycarpini hydrojodici 0,1

Sacchari 0,2

M.f. pulv. D.t.d. Nr. 20

S. 2 korda päevas 1 pulber sisse võtta.

Noorematele naistele soovitatakse mõnikord 10%-lise kaltsiumkloriidi veenisiseseid injektsioone 5 - 10 ml. Pikemaajaliseks kasutamiseks kodus määratakse raviklõusme soovendatud 5%-lise kaltsiumkloriidi lahusega 30 - 50 ml iga päev. Kaltsiumkloriid tõstab emaka toonust ning soodustab vere hüübimist. Tagasihoidlikumalt ärritab kudesid vähem toksiline kaltsiumglükonaat (Calcium gluconicum) - 10%-list 5 - 10 ml lihase sisesi või veeni sisesi või siis 3 - 5 g 2 - 3 korda päevas suu kaudu. Samaaegselt eespool mainitud raviga ordineeritakse haigele K-vitamiini.

Haige transportimisel teise raviasutusse võib kasutada tupe tamponeerimist pika steriilse marlisidemega. Tuppe viidud tampoon avaldab emakale reflektorset toimet, kutsudes esile selle kontraktsiooni ja verejooksu vähenemise. V.V. Slonitski kasutab sama sihiga klooretüüli piserdamist emakakaelale.

Praktilises meditsiinis on kahjuks leidnud laialdast kasutamist emakaõõne abrasioon müoomipuhuste verejooksude peatamiseks. Väga paljudel juhtudel oleks saanud seda naist traumeerivat operatsiooni vältida, eriti siis kui alles hiljuti on abrasioon tehtud ning emaka limaskestata pato-histoloogiliselt uuritud. Abrasioon on eriti ohtlik submukoossete müoomisõlmede korral, kuna nimetatud operatsiooni ajal võib vigastada müoomi kapslit ning müoomi toitvaid veresooni. Selle tagajärjel võib tekkida raske tüsistus - müoomisõlmede nekroos. Submukoossete müoomisõlmede korral ei anna ravi eesmärgil tehtud abrasioon tulemusi ja verejooks kestab edasi.

Emakamüoomile kaasnevate verejooksude raviks võib kasutada ka hormoonipreparaate - mammofüsiini, pituitriini ja oksütotsiini.

Mammofüsiin on segu hüpofüüsi tagasagara ja piimanäärme ekstraktist, mida ordineeritakse 1 - 2 korda päevas verejooksu ajal. Pituitriin tõstab emakalihase kontraktsiooni, kuid samal ajal tõstab ta ka vererõhku. Seepärast on selle preparaadi kasutamine hüpertoonia korral, mille all müoomihaiged sageli kannatavad, samuti nefriidi ja mitmesuguste südamehaiguste vormide korral vastunäidustatud. Läheduses üeldust, on soovitatav kasutada selliseid hüpofüüsipreparaate, mis ei sisalda vasopressoorseid substantse. Nii-suguseks preparaadiks on oksütotsiin. Mõned autorid soovitavad ordineerida samaaegselt pituitriini ja kaltsiumkloriidi.

Seos piimanäärme ja emaka vahel on teada ammu. Seepärast soovitatakse kasutada emaka kontraktsioonide tugevdamiseks mitmesuguseid "automamminisatsiooni"-meetodeid -



piimanäärmete püsivad paishüperemeiad, areoolide ärritamist, diatermia manustamist piimanäärmetele jne.

### 3. Emakamüoomide hormoonravi

Emakamüoomide hormoonraviks kasutatakse pituitriini, mammofüsiini, progesterooni ja androgeene.

Pituitriin ja mammofüsiin põhjustavad nii emaka kui ka müoomi silelihasekiudude kontraktsiooni. Müoomide konservatiivseks raviks on neid preparaate ammu kasutatud. Ravi eesmärgiks on müoomide taandarengu esilekutsumine süstemaatiliste kontraktsioonidega, mille tulemuseks müoomi verevarustus väheneb. Ravi on näidustatud nendel juhtudel, kui esinevad intramuraalsed pehmed, rikkalikult silelihaskoe elemente sisaldavad müoomisõlmed. Kõvade, rohkesti sidekudet sisaldavate sõlmede puhul jäävad pituitriin ja mammofüsiin toimetuiks. Vastunäidustatud on nende hormoonide kasutamine jalal asuvate ja submukoossete müoomide korral. Sel juhul müoomi toitvad veresooned kontraheeruvad, mis kutsub esile müoomis toitumishäireid ja sõlmede nekroose. Juhul kui emakas on hulgaliselt müoomisõlmi, ei tohi samuti nimetatud hormoonpreparaate kasutada nekroosiohu tõttu.

Progesteroon on teatud määral östrogeenide antagonistiks, mistõttu seda on hakatud kasutama müoomide konservatiivseks raviks. Progesterooni antiöstrogeenset toimet kirjeldas esimesena 1946. aastal Goodmann. Katseliselt tegi ta kindlaks, et progesteroon pärsib kastreeritud katseloomadel östrogeenide mõjul tekkivaid eksperimentaalseid müome. Inimese emakamüoomide ravimiseks ei saa progesterooni üksinda manustada, kuna see lõõgastab emaka muskulatuuri ning soodustab emaka verevarustuse parandamist, mistõttu võivad menstruatsiooni ajal tekkida eluohtlikud verejooksud. Kui progesterooni kasutada üksi, võib müoom oma mõõtmelt koguni suurened. Progesterooni toimel muutuvad koed, eriti sidekude kohevaks. Kui progesteroonravi kombineerida pituitriiniga,

on tulemused head, kusjuures müoomid oma suuruselt vähenevad.

Kõige kasutatavamaiks ja samal ajal ka kõige efektiivsemaiks ravimeiks emakamüoomide hormoonravis on osutunud androgeenid. Müoomide ravi androgeenidega kui östrogeenide antagonistidega on igati põhjendatud. Androgeenidest kasutatakse müoomide ravimiseks testosteroonpropionaati ja metüültestosterooni. Ühesugust head toimet avaldavad androgeenid nii intramuraalsete kui ka subseroossete müoomisõlmede puhul. Kui esinevad väikesed submukoossed sõlmed (kuni kreeka pähkli suurusel), on ravi androgeenidega näidustatud. Suuremate submukoossete müoomisõlmede korral jääb ravi aga tulemusteta. A.I. Petšenko soovitab enne androgeenidega ravimist teha metrosalpingograafia, et välja lülitada submukoosseid müoomisõlmi. Androgeenidega ravimine annab kõige paremaid tulemusi tsükliliste ja atsükliliste verejooksude puhul nende naiste juures, kes on vanemad kui 45 aastat. A.I. Petšenko andmetel vähenevad müoomisõlmed pärast androgeenidega ravimist  $1/3$  võrra oma esialgeest suurusest.

Androgeene tuleb tingimata kasutada profülaktilise sihiga pärast konservatiivset müomektoomiat. Selleks manustatakse 1, harvem 2 tabletti metüültestosterooni päevas. Niisuguse profülaktilise ravi tulemusena väheneb müoomi retsidiivide tekkimine ja reguleeruvad menstruaaltsüklid. Sellistes doosides ei avalda metüültestosteroon naisele ebasoodsat mõju. Profülaktilise sihiga tuleb androgeene manustada pikka aega ja ilma vaheaegadeta. Kui ravis teha vaheaegu, väheneb ravi üldine efektiivsus tunduvalt. Ravitulemused on seda paremad, mida varem alustatakse profülaktilist androgeenide manustamist.

Androgeene võib ordineerida ainult nendele haigetele, kelle müoom ei ületa suuruselt 16-nädalast rasedust. Samuti ei tohi androgeene kasutada pehmete ja suurte submukoossete müoomisõlmede korral. Menopausi perioodis androgeenidega ravimist ei soovitata, lähtudes hormonaalsest profiilist selles eas.

Alles hiljuti arvati, et androgeenteraapia annab häid tulemusi üksnes siis, kui neid kasutada suurtes annustes. See seisukoht ei ole õige. Suuri androgeenide doose kasutatakse üksnes pahaloomuliste kasvujate korral. Kaasaja seisukohtade kohaselt on organismi normaalse hormonaalse profiili reguleerimiseks vajalikud väikesed androgeenide annused. Ravitulemused ei ole väikeste dooside kestval kasutamisel halvemad ning puuduvad androgeenide ebasoovitavad kõrvaltoimed.

Preklimakteerilises perioodis ordineeritakse 10 - 20 mg metüültestosteroon või 12,5 mg testosteroon-propionaati nahaalusi ööpäevas. Alla 40 aastastele naistele manustatakse 5 - 15 mg metüültestosteroon ööpäevas või ordineeritakse 1 - 2 korda nädalas testosteroon-propionaadi süsteid, arvestusega 3,5 - 7 mg preparaati ööpäeva kohta.

Kõrvalnähtudena võivad testosteroon manustamise puhul esineda karvakasvu suurenemine (habeme kasv), hääle jämenemine, liibido tõus, tahhükardia, hingeldus, akned ja iiveldus. Mainitud nähtude esinemisel tuleb ravi katkestada või annust vähendada.

Enamikul haigetel paraneb testosteroonravi tulemusena üldine enesetunne, eriti klimakteerilise neuroosi esinemise korral. Hüpertoonia puhul, eriti klimakteerilises perioodis, vererõhk langeb.

Mõned autorid kasutavad müoomide ravimiseks spermiini, pidades seda androgeenseks preparaadiks. Kuna spermiin ei ole androgeen, siis selle kasutamine müoomide raviks ei ole põhjendatud.

E.I. Kvater soovitab müoomide hormoonravis lähtuda kolmest eeldusest ja tingimusest.

1. Preparaat peab muutma müoomi kapsli ja tema sidekoe hästi kohevaks.

2. Preparaat peab esile kutsuma müoomi ja emaka silelihasekiudude kontraktsiooni.



### 3. Preparaat peab olema antiöstrogeense toimega.

Nendele nõuetele vastavad järgmised hormoonipreparaadid:

- 1) progesteroon või pregniin;
- 2) pituitriin või mammofüsiin;
- 3) testosteron-propionaat või metüültestosteron.

Nendest hormoonidest koosnebki kompleksne hormoonravi. Siia juurde võib lisada veel mitmesuguseid emakat kontraheerivaid preparaate, näiteks stüptitsiidi või ergotiini.

E.I. Kvater esitab olenevalt müoomide iseloomust ja asukohast erinevad hormoonravi skeemid.

E s i m e n e   v a r i a n t .   Kui esineb väike kõva konsistentsiga müoom, kusjuures emaka suurus ei ületa 3. raseduskuud ning müoomile ei kaasne tugevaid emakaverejookse, ordineeritakse intramuskulaarselt üle päeva 5-10 mg progesterooni (kokku 12 süsti) vahelduvalt mammofüsiiniga 1 ml päevas (kokku 12 süsti). Ravikuuri kestus 24 päeva.

T e i n e   v a r i a n t .   Müoomi samasuguse iseloomu korral, kui esimese variandi puhul, võib manustada 3 päeva jooksul iga päev 5 - 10 mg progesterooni. Niisuguse "lõõgiga" valmistatakse ette müoomi sidekudet, muutes selle kohevaks. Seejärel 4 päeva jooksul süstitakse iga päev 1 ml mammofüsiini. Selliseid perioodilisi injektsioone (3 päeva progesterooni ja 4 päeva mammofüsiini) tehakse 4 korda. Kokku süstitakse 12 korda progesterooni ja 16 korda mammofüsiini. Kirjeldatud "treeningmassaaži" tulemusena müoomide suurus väheneb.

K o l m a s   v a r i a n t .   Konsistentsilt pehmed müoomid sisaldavad vähe sidekudet, mistõttu progesterooni ei ole vaja manustada. Nendel juhtudel ordineeritakse üle päeva 12 korda 1 ml mammofüsiini ja 6 korda ravikuuri vältel (3-päevaste intervallidega) à 25 mg testosteron-propionaati.

N e l j a s   v a r i a n t .   Väikeste müoomide ja mõõdukate emakaverejooksude korral võib süstetest loobuda, kasutades 6 päeva järjest pregniini, iga päev à 10 mg (s. o. 2 tabletti) 3 korda päevas. Seejärel ordineeritakse metüültestosterooni 6 päeva jooksul à 10 mg 3 korda päevas. Mõlemad nimetatud hormoonipreparaadid asetatakse keele alla, kust nad imenduvad. Eespool mainitud kuuri korraldatakse vaheaega tegemata. Üldse ordineeritakse kuuri vältel 12 päeva jooksul pregniini ja 12 päeva jooksul metüültestosterooni. Ravikuur lõpetatakse medikamentosse raviga, ordineerides per os 20 päeva vältel 2 korda päevas à 0,05 stüptitsiini. Esimese 10 päeva jooksul antakse koos stüptitsiiniga 2 korda päevas à 20 tilka tumgalteraekstrakti.

Harilikult tehakse 2 - 3 nädalaste intervallidega vähemalt 3 - 4 müoomi konservatiivse ravi kuuri. Konservatiivse ravi korral peab haige külastama 1 kord kuus günekoloogi. Juhul kui müoom hormoonravi ajal suureneb, tuleb naine suunata operatsioonile.

#### 4. Emakamüoomide röntgenravi

Emakamüoomide röntgenravi eesmärgiks on munasarjade ja seoses sellega ka östrogeenide funktsiooni pärssimine. Seega on röntgenravi müoomide puhul kausaalseks raviks. Röntgenravi järel saabub püsiv amenorröa, müoomide suurus väheneb ja kaovad ka valud, kui need esinesid. Röntgenkiirte toime põhineb organismi kudede erineval tundlikusel ioniseeriva kiirguse suhtes. Kõige tundlikumad röntgenikiirte suhtes on küpsevad ja küpsenud folliikulid. Vähemtundlikud on primordiaalfolliikulid.

Mõukogude Liidus on emakamüoomide röntgenravi juurutanud G.G. Gambarov, B.A. Arhangelski, L.B. Porhovitš, A.L. Kaplan jt.

Peamiseks emakamüoomide röntgenravi näidustuseks on tsüklilised emakaverejooksud (hüper- ja polümenorröa), harvem atsüklilised verejooksud. Kui müoom vastab suuruselt

4-kuulisele rasedusele või on veel suurem, on röntgenravi lubatud ainult siis, kui operatsioon on vastunäidustatud või kui haige keeldub sellest. Enne röntgenravi on tingimata vaja teha prooviabrasioon ja uurida kaabet pato-histoloogiliselt, et välja selgitada pahaloomulisi protsesse emakaõõnes.

Emakamüoomide röntgenravi vastunäidustused on järgmised:

- 1) submukoossed ja sündivad müoomisõlmed ning emakaõõne polüübid;
- 2) pika varre otsas asuvad subseroossed müoomisõlmed (nekroosi ja varre pöördumise ning naaberelunditega liidete tekkimise oht);
- 3) emakakaelamüoomid;
- 4) kõvad fibroomid ja lubjastumisele kalduvad müoomid;
- 5) müoomisõlmede nekroos ja mädakolded;
- 6) kiiresti kasvavad müoomid (oht pahaloomulisusele);
- 7) endomeetriumi vähk või vähikahtlus;
- 8) emakakaelavähk ja vähieelne seisund;
- 9) müoom ja rasedus;
- 10) müoomi kombineerumisel väikese vaagna elundite põletikulise protsessiga;
- 11) müoomile kaasneb kapseldunud mädakolle kõhuõõnes;
- 12) müoomi ja munasarjakasvaja samaaegsel esinemisel;
- 13) kui arst ei ole kindel oma diagnoosis;
- 14) Kui haige ei soovi röntgenravi;
- 15) 40-aastased ja nooremad haiged.



Ajutiseks vastunäidustuseks on soolte katarraalsed seisundid ja naha põletikud röntgentuubuse paigutamise kohal ning aneemia. Alles pärast nende haiguste ravi võib anda röntgenravi.

Emakamüoomide röntgenravi puhul antakse tavaliselt 3 - 4 seansi eesmisele kõhuseinale munasarjade piirkonda. Ühe seansi vältel saab haige 150 - 200 r. Igal konkreetsel juhul tuleb ravidoosi individualiseerida. Mida noorem on haige, seda suurem peab olema ravidoos. Arvestada tuleb ka haige kõhuseinte paksust ning suurendada ravidoosi suuremate müoomide puhul.

Pärast röntgenkastratsiooni võivad ilmnedu klimakteerilised vaevused ("ärajäämanähud"). Tavaliselt need mööduvad, olles talutavad. Juhul kui klimakteerilised vaevused on väga teravalt väljendunud, soovitatakse ordineerida hüpofüüsi piirkonda röntgenikiiritust (A.I. Petšenko).

## 5. Emakamüoomide kirurgiline ravi

Peamised emakamüoomide kirurgilise ravi näidustused on järgmised:

- 1) emakamüoomile kaasnevad tsüklilised ja atsüklilised verejooksud 45-aastastel ja noorematel naistel;
- 2) naaberelunditele survet avaldavad müoomid;
- 3) valude kaasnemisel müoomidele, eriti algodüsme-norröa;
- 4) müoomid, mille puhul on kahtlus pahaloomulisele degeneratsioonile või sõlmede nekroosile. Mainitud juhtudel on müoomi kasv kiire või esineb kahtlus müoomi varre pöördumisele;
- 5) atsüklilised verejooksud submukoossete müoomide puhul;
- 6) müoomid, mis ületavad suuruselt 16-nädalast rasedust;

- 7) müoomid noortel naistel, kui neid võib pidada steriilsuse põhjuseks;
- 8) müoomide pahaloomuline degeneratsioon või kui nad kombineeruvad ükskõik missuguse emakavähi vormiga.

Vastunäidustused kirurgiliseks raviks on kõik ägedad infektsioonid. Opereerida võib alles mõni nädal pärast täielikku paranemist. Vastunäidustusteks on ras-  
ked südame-veresoonkonna, kopsude, neerude ja maksahai-  
gused, ainevahetushäired, hüpertooniatõve II ja III sta-  
adium ning ägedad ja alaägedad põletikud väikeses vaagnas.  
Olenevalt haigestumise vormist ja raskustest võib loe-  
tunud juhtudel vastunäidustus olla absoluutne või suh-  
teline. Oluline on enne operatsiooni läbi viia vastava  
haiguse ravi.

Müoomi operatsiooni meetodid jaotatakse 3 suurde  
rühma: radikaalsed, poolradikaalsed ja konservatiivsed  
meetodid. Lisaks sellele võib operatsioonimeetodid ja-  
otada abdominaalseteks ja vaginaalseteks.

Radikaalsed operatsioonid on emaka eksstirpatsi-  
oon (koos emakamanustega või ilma nendeta) ja emaka sup-  
ravaginaalne amputatsioon (koos emakamanustega või il-  
ma nendeta). Mainitud operatsioone tehakse laparatoomia  
abil. Vaginaalsel teel saab teha üksnes emaka eksstir-  
patsiooni. Eksstirpatsioon garanteerib täielikult müoo-  
mi retsidiivide tekkimise võimatuse. Väga harva võivad  
tekkida müoomi retsidiivid emaka supravaginaalse ampu-  
tatsiooni korral. Radikaalsete operatsioonide negatiiv-  
sete momentidena tuleb märkida täielikku menstruaal- ja  
sigivusfunktsiooni lakkamist.

Emaka eksstirpatsiooni tehakse eelkõige emakake-  
la patoloogiliste protsesside korral - laialdased sün-  
nitussärgsed rebendid (latseratsioonid), ektroopion ja  
erosioonid. Emakakaela mainitud muutusi loetakse vähi-  
eelseteks, mistõttu emakakaela säilitamine oleks seotud  
suure riskiga. Eksstirpatsioon on valikmeetodiks emaka-

kaelamüoomide, intraligamentaarse sôlme ja mitmesuguste väga madalal asuvate atüüpiliste emakamüoomi vormide korral. Samuti soovitatakse eksstirpatsiooni neil juhtudel, kui samaaegselt müoomiga esineb püosalpinkse või püo-ovaarium. Nendel juhtudel on võimalik tupe kaudu kasutada drenaaži. Eksstirpatsiooni tuleb soovitada laialdaste müoomisôlme nekrooside ja gangreenide korral. Kohustuslik on eksstirpatsioon müoomisôlme pahaloomulise degeneratsiooni ning emakakeha- või emakakaelavähi samaaegse esinemise korral. Nendel juhtudel määratakse hiljem kiiritusravi.

Vaginaalse eksstirpatsiooni eeliseks on peaaegu täielik operatsioonijärgse šoki puudumine. Seda operatsioonimeetodit on eriti soovitatav kasutada adipossete, vanade ja nõrkade haigete puhul. Vaginaalselt saab emakat eksstirpeerida üksnes väikeste müoomide puhul (mitte suuremad kui naise rusikas). Suuremate müoomide puhul on vajalikud lisalôikused (näiteks emaka keskelt poolitamine), mistôttu nendel juhtudel tuleb eelistada laparotoomiat.

Sagedamini kasutatakse emakamüoomi kirurgilises ravis supravaginaalset emaka amputatsiooni. Nimetatud operatsioon seisneb selles, et emakakeha opereeritakse sisemise suudme piirkonnas, kuna emakakael jääb alles. Võrreldes emaka eksstirpatsiooniga on emaka supravaginaalsel amputatsioonil rida eeliseid:

- 1) operatsiooni tehnika on lihtsam;
- 2) operatsioon toimub aseptilisemates tingimustes, kuna supravaginaalse amputatsiooni korral tuppe ei avata;
- 3) emaka supravaginaalse amputatsiooni puhul säilib tupevôlvide arhitektoonika ja tuppe niisutatakse tservikaalse sekreediga.

Võrreldes emaka eksstirpatsiooniga on emaka vaginaalse amputatsiooni korral haava drenaaž halvem ning ei ole välistatud hilisem emakakaelavähi tekkimise või-



malus. Kirjanduses esineb seisukoht, et pärast supravaginaalset emaka amputatsiooni tekib emakakaelavähk sagedamini kui harilikult. Enamik uurijaid seda seisukohta ei tunnusta. Nii näiteks leidis A.I. Petšenko pärast 2100 emaka amputatsiooni kõigest 1 juhul emakakaelavähi. Seega hilisemaks emakakaelavähi tekkimiseks on reaalselt väga väike võimalus.

Poolradikaalsete operatsioonimeetodite hulka kuuluvad emaka defundatsioon, kõrge amputatsioon ja resektsioon. Nende operatsioonide järgselt lakkab sigivusfunktsioon, kuid säilib menstruaalfunktsioon. Tavaliselt väheneb kaotatud vere hulk ja lüheneb menstruaatsiooni aeg. Loetletud operatsioone tehakse üksnes laparotoomia teel. Neid operatsioone tehakse siis, kui müoomisõlmed asuvad emakapõhja või emakakeha ülemises osas. Äralõigatava emakaosa suurus oleneb müoomisõlme suurusest ja asukohast.

Kui müoomisõlm asub emaka põhjaosas, tehakse emaka defundatsioon, kusjuures emaka ümarsidemeid ei ole vaja ligeerida. Juhul kui sõlm asub veidi madalamal, ligeeritakse ja lõigatakse läbi ka ligg. rotunda'd. Hiljem need õmmeldakse emaka haava külge.

Emaka kõrge amputatsioon tehakse siis, kui emakakeha alumises osas sõlmi ei ole. Operatsiooni tehnika on samasugune kui emaka supravaginaalse amputatsiooni korral. Soovitav on emaka kõrget amputatsiooni teha nooremaealistel haigetel.

Harva resetseeritakse müoomi korral emakas.

Konservatiivseid müoomioperatsioone võib teha nii laparotoomia kui ka vaginaalsel teel. Laparotoomia korral tehakse konservatiivne müoomektomia (varrel oleva müoomisõlme äralõikamine) või müoomisõlme enukleerimine (müoomisõlmede eemaldamine emakaseinalt). Vaginaalsel teel võib eemaldada varre abil kinnitunud submukoosseid müoomisõlmi, samuti võib emakaõõne kaudu välja koorida müoomisõlmi emakaseinast.

Konservatiivseid müoomioperatsioone hakati kasutama alles käesoleva sajandi alguses. Konservatiivse müoomi-

ektoomia ja sõlmede enukleatsiooni korral säilib menstruaalfunktsioon ja väga sageli ka sigivusfunktsioon. Neid operatsioonimeetodeid tuleb eelistada ja võimaluse korral kasutada reproduktiivses eas nooremate naiste juures. Konservatiivseid operatsioonimeetodeid kasutatakse ka steriilsuse raviks, juhul kui müoomisõlmed asuvad munajuhade lähtekohtade ligiduses. Nõukogude Liidus on konservatiivsete müoomioperatsioonide tehnikat täiustanud ning neid meetodeid juurutanud M.S. Aleksandrov. Müoomi retsidiivide vältimiseks on soovitatav pärast operatsiooni kasutada androgeene.

Müoomisõlmede enukleerimine per laparotomiam on vastunäidustatud nekrootiliste müoomide korral, sest müoomi kapsliosas võivad esineda infitseeritud trombid.

Nekrootiliste müoomisõlmede kirurgiline ravi peab olema individuaalne, arvestama nekroosi astet ja ulatust ning nekrotiseerunud sõlme asukohta emakas. Rasketel juhtudel soovitatakse isegi emaka eksstirpatsiooni.

#### 6. Endomeetriumi autotransplantatsioon

Emaka eksstirpatsiooni ja supravaginaalse amputatsiooni korral eemaldatakse endomeetrium täielikult ja menstruaalfunktsioon lakkab. Endomeetrium on funktsionaalselt tihedas seoses munasarjadega. M.G. Serdjukov, A.E. Mandelštam, N.P. Verhatski, S.B. Golubtšin jt. märgivad, et endomeetrium ja munasarjad kujutavad endast ühtset hormonaalset süsteemi. Endomeetriumi säilitamine günekoloogiliste operatsioonide korral on määratult suure tähtsusega. Paljude uurijate andmetel saabuvad naisel pärast emaka eksstirpatsiooni või amputatsiooni klimakteerilised vaevused ja menopaus. Sellest lähtudes tuleb kõikide menstreeerivate naiste juures eelistada konservatiivseid müoomioperatsioone, kus endomeetrium osaliselt säilitatakse.

Sageli on kirurg müoomi tõttu sunnitud emaka amputeerima. Nendel juhtudel on soovitatav teha lisaoperatsioonina endomeetriumi autotransplantatsioon.

Esimesena transplanteeris endomeetriumi pärast emaka ekstirpatsiooni tuppe 1932. aastal Schmidt. Operatsiooni tehnika seisnes selles, et tupe tagumisse võlvi tehakse sãlgud, kuhu istutatakse sama operatsiooni ajal eemaldatud endomeetriumi transplantaadid, mis kinnitatakse peene kãtguti abil. Nendes vãikestes transplantaatides toimuvad menstruaaltsõkli vãltel samasugused muutused kui emaka limaskestas, kusjuures naisel sãilib aastate vãltel menstruaalfunktsioon ja normaalne ovaariumide funktsioon, puuduvad nii "ãrajãmanãhud" kui ka enneaegne vananemine. Kaasajal ei soovitata endomeetriumi tuppe istutada, kuna see on ebafõsioloogiline.

S.B. Golubtsin, N.P. Verhatski, A.E. Mandelstam ja paljud teised autorid on esitanud mitmesuguseid operatsioonimeetodeid, mis seisnevad selles, et emaka supravaginaalse amputatsiooni kãigus moodustatakse endomeetriumi lapid, mis istutatakse emakakaela kõnti või kaelakanalisse. Vastavate operatsioonimeetoditega võib tutvuda operatiivse gũnekoloogia õpikutest.



## B. ENDOMETRIOOS (ENDOMETRIOSIS)

---

Esmakordselt kirjeldasid endometrioosi H. Müller (1854) ja C. Rokitansky (1860). Endometrioosi all mõistetakse endomeetriumitaolise koe paiknemist väljaspool emakaõõnt. Histoloogilise ehituse poolest sarnaneb selline ebatavalise lokalisatsiooniga endomeetriumitaoline kude emakaõõnt katva limaskestaga. Ta moodustub tüüpilisest näärmetest ja viimaseid ümbritsevast rakkuderohkest stroomast. Naise suguhormoonid võivad põhjustada endometrioosikolde samasuguseid muutusi kui endomeetriumis (proliferatsioon, sekretsioon, deskvamatsioon). Endometrioosi teke on vahetult seotud ovaariumide talitlusega, naise eaga. Ta esineb suguküpsuse perioodis; menopausi saabudes endometrioosikolde taandarenevad.

Endometrioosi lokalisatsioon võib olla mitmesugune. Ta võib paikneda genitaalides, kuid samuti väljaspool suguelundeid.

Endometrioosi nimetatakse ka endometrioidseks heterotoopiaks.

### I. KLASSIFIKATSIOON

On teada rida endometrioosi klassifikatsioone vastavalt tema asukohale. Laialdaselt kasutatakse H. Martiuse (1962) liigitust.

#### A. Endometriosi s genitalis:

- 1) endometriosi s genitalis interna uteri et tubae;
- 2) endometriosi s genitalis externa.

#### B. Endometriosi s extragenitalis.

Selle klassifikatsiooni alusel eristatakse genitaalide piirkonnas ja väljaspool genitaale paiknevad endometrioosi. Sealjuures liigitab H. Martius genitaalide piirkonnas täheldatavat endometrioosi veel seesmiseks (emakas ja munajuhades) ning välimiseks (mujal suguteedes paiknevaks) endometrioosiks. Rida autoreid (K. Žmakin, E. Kvater, M. Malinkovski jt.) mõistavad seesmise endometrioosi all ainult lokaliseerimise emakaseinas.

Tuleb rõhutada seda, et ekstragenitaalne endometrioos võib paikneda väga mitmesugustes elundites (pimesooles, jämesooles, peensooles, kusepõies, neerudes, ureetras, nabas, jäsemetes, kopsudes, operatsioonihaava armis jne.). Tuleb arvata, et pole elundit, kus endometrioos ei võiks paikneda ja areneda (joon. 19). Katseloomadel on õnnestunud esile kutsuda endometrioosi ajus, kopsus, roiete kõhres.

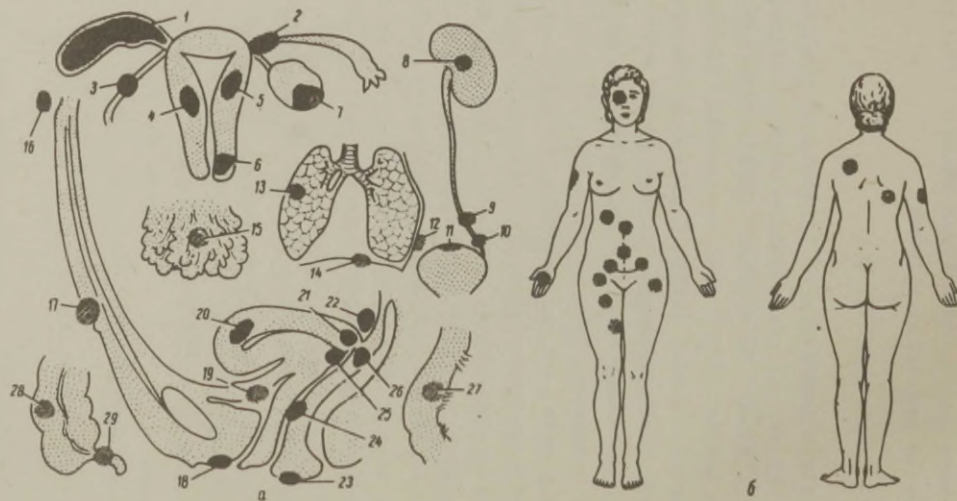
Allpool esitame E. Philippi ja H. Huberi endometrioosi liigituse.

#### A. Primaarne endometrioos:

- 1) emakaseinas;
- 2) munajuhades.

#### B. Sekundaarne endometrioos:

- 1) genitaalides paiknev
  - a) endometriosi s ovarii,
  - b) endometriosi s retrocervicalis,
  - c) endometriosi s vaginalis,
  - d) endometriosi s vulvae,



Joon. 19. Endometrioosi lokalisatsioonid:

1, 2 - munajuha; 3 - lig. rotundum; 4, 5, 20 - emakas; 6, 21, 25 - emakakael; 7 - ovaarium; 8 - neerud; 9, 10 - ureeter; 11, 19 - kusepõis; 12 - pleura; 13 - kopsud; 14 - diafragma; 15 - omentum; 16 - naba; 17 - operatsioonijärgne arm; 18 - vulva; 23 - retrotservikaalne; 23 - perineum; 24 - rekto-vaginaalne septum; 27, 28 - sool; 29 - apendiks.



- e) endometriosis perinei,
- f) endometriosis lig. teres;

2) väljaspool genitaale paiknev.

H. Radmani (1962) järgi esineb esmane endometrioos sellisel juhul, kui mainitud patoloogiast on haaratud ainult emakas, ja sekundaarne endometrioos, kui haaratud on teised vaagna elundid.

On teada ka selline klassifikatsioon, mille alusel on eristatud endometriosis intraperitonealis ja endometriosis extraperitonealis (H. Matecki, 1948).

Statistiliste andmete põhjal, mis pärinevad erinevatelt autoritelt, tuleb järeldada, et valdaval enamusel esineb endometriosis genitalis ja ainult üksikutel juhtudel endometriosis extragenitalis.

## II. ETIOLOOGIA

Endometrioosi tekke põhjused pole käesoleva ajani lõplikult lahendatud. Endometriosis interna uteri arengut seostatakse endomeetriumi basaalkihi vahetu tungimisega müomeetriumi. Viimasest tingituna kujunevad sügavvohandid emaka lihaskoes. Endometriosis interna tubae korral võib endomeetrium sinna vohada otseselt emakaõõnest, kuid samuti võib sinna vohada müomeetriumis arenev endomeetriumi-taoline kude.

Endometriosis externa ja endometriosis extragenitalis'e etioloogia osas on püstitatud rida teooriaid. Allpool esitame neist suurema populaarsuse pälvinud.

J. Sampsoni (1927) arvamuse kohaselt on väljaspool emakat esineva endometrioosi põhjuseks sinna sattunud ja implanteerunud endomeetriumi osised. Need osised võivad väljapoole sattuda vahetult munajuhade kaudu, hematogeenselt, lümfogeenselt või seoses emakaoperatsiooniga. Endomeetriumi osised võivad sattuda oma tavalisest asukohast

väljapoole ka menstruatsiooni ajal; sel juhul on tegemist endomeetriumi funktsionaalse kihi osistega. Kaasajal on tõestatud menstruatsiooni ajal irdunud funktsionaalse kihi osakeste implantatsioonivõimelisus. Endomeetriumi osiste implanteerumisest tuleneva endometrioosi kujunemisel omistas J. Sampson suurt tähtsust hormonaalsele stimulatsioonile (ovariaalsed steroidid). J. Sampsoni poolt esitatud implantatsiooniteooria püsib käesoleva ajani.

On täheldatud suhteliselt sagedamat endometrioosi esinemist patsientidel, kel on suguelundite väärarengud.

Tähelepanu väärrib menstruaalfunktsiooni ja endometrioosi kujunemise vaheline seos. On teada, et endometrioos kujuneb suguküpsuse perioodil ja menstreeerival naisel. Menstruatsiooni lakates menopausi saabumisel või sekundaarse amenorröa korral endometrioosikolded tavaliselt taandarenevad. Meestel endometrioosi ei esine. Juba üle kuuekümneme aasta tagasi avaldas N. Gorizontov (1911) arvamust, et adenomyosis uteri on tingitud ovaariumi endokriinse funktsiooni häiretest, viimast seisukohta on jaganud terve rida autoreid (V. Gruzdev, 1925, 1930; A. Osjakina, 1924). Samuti sai teatavaks, et endometrioos reageerib ovariaalsetele hormoonidele. Jõuti järeldusele, et endometrioosi täheldatakse sageli endomeetriumi hüperplaasia korral, samuti emakamüoomi korral. Eksperimentaalselt õnnestus katseloomadel esile kutsuda endometrioosi, manustades neile suurtes annustes östrogeenseid hormone (Pier-son, 1938; O. Levinski, 1940; L. Sinkarjeva, 1965). Samuti täheldati östrogeensete hormoonide soodsat toimet endomeetriumi transplanteerimisel. Samal ajal lõppes endomeetriumi transplanteerimine kastreeritud katseloomadele alati edukalt. Patsientidel, kel oli diagnoositud emaka endometrioos, täheldati kõrgeenenud östrogeensete hormoonide produktsiooni (L. Sinkarjeva, 1957, 1958). Samal ajal oli progesterooniproduksioon langenud, operatsiooni ajal ei täheldatud kollaskeha ovaariumis (N. Gorizontov, 1911; A. Osjakin, 1930, 1949). Mõningatel juhtudel on endometrioosi tähelda-

tud ka ovaariumide hüpofunktsiooni korral. M. Glazunov (1947) vaatleb endometrioosi kui düshormonaalset hüperplaasiat. Viimane seisukoht on kaasajal üldist tunnustust leidnud.

### III. ESINEMISSAGEDUS

On täheldatud, et sünnitanud naistel esineb endometriosi interna sagedamini kui naistel, kes pole sünnitanud. Erinevate autorite andmeil on endometrioosi diagnoositud operatsioonidel 6 - 22 % juhtudest.

Sagedasemaks esinemiskohaks on emakas, munajuha istmuseosa, ovaariumid, emakakael, ligg. sacrouterina. Ainult 5 % kõigist endometrioosi juhtudest on diagnoositud väljaspool eespool nimetatud kohti.

On täheldatud endometrioosi 8 - 15 %-l kõigist menstrueerivaist naistest. Sagedamini täheldatakse endometrioosi naistel vanuses 30 - 50 eluaastat.

### IV. KLIINILINE PILT

Kliinilises pildis on esiplaanil tsükliliselt tekivad valud, mis ilmuvad vahetult enne mensest ja menses ajal. Sellised periooditi esinevad valud on iseloomulikud endometrioosile sõltumata tema lokalisatsioonist. Tähelepanu väärivad samuti endometrioosikolde suuruse muutused menstruaaltsükli vältel.

#### 1. Endometriosi interna uteri s. adenomyosis uteri

Sagedamini täheldame endometrioosi emakakehas. Tavaliselt esineb endometrioos siin difuusse vahandina, harva sõlmekestena (joon. 20).

Endometriosi interna uteri korral on emakas tavaliselt ühtlaselt suurenenud, kaebuseks on rohke verekaotus



sega ja tugevate valudega menses (hyper-, poly-, algomenorrhoa). Suurenenud verekaotust menstruatsiooni ajal seostatakse emaka muskulatuuri kontraktsioonivõime langemisega. Täheldatavatele valudele on iseloomulik, et need algavad 2 - 4 päeva enne menstruatsiooni, menses saabudes on eriti tugevad ja siis järk-järgult lakkavad. Iseloomulik on, et see menstruatsiooniaegne valu kannab sekundaarset iseloomu. Enne endometrioosi kujunemist valusid polnud, menses kulges valutult. Mainitud valusid seostatakse menstruatsioonielsete paisunähtudega.

Sageli kombineeruvad emakas endometrioos ja müoom (30 - 50 %).

On teada emaka suuruse muutus menstruaaltsükli vältel. Nimelt suureneb emakas vahetult enne menses ja väheneb oma mõõtmetelt menstruatsioonidevahelisel perioodil. Selline emaka suuruse muutus on sedastatav korduvatel günekoloogilistel läbivaatustel menstruaaltsükli vältel ja on oluline sümptom diagnoosi püstitamisel.

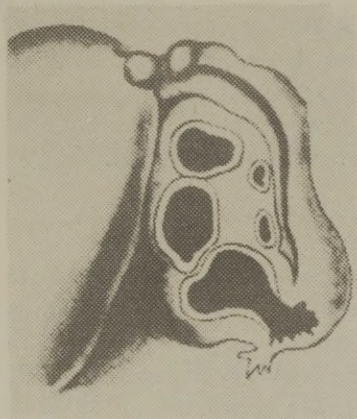
Emaka adenomüoosi korral on täheldatud tsüklilist hemoglobiini langust (B. Frinowski, 1959). Hemoglobiini hulk langeb menstruatsiooni ajal kuni 30 - 40 %. Samaaegselt langeb erütrotsüütide ja tõuseb leukotsüütide arv 10 000 - 12 000, settereaktsioon tõuseb kuni 30 - 40 mm/t. Menstruatsioonidevahelisel perioodil näitajad veres normaliseeruvad.



Joon. 20. Emaka adenomüoos ja retrotservikaalne endometrioos.

## 2. Endometriosis interna tubae

Munajuha endometrioosile on iseloomulik juha sõlmeline paksenemine, mida sagedamini täheldatakse munajuha istmuseosas. Munajuha valendik sulgub osaliselt või täielikult. Palpatsioonil võib sellist sõlmelisust sedastada. Mõnikord on munajuha kõikselt paksenenud, kui on kujunenud hematosalpinks (joon. 21). Palpatsioon on alati valu-



Joon. 21. Munajuha ja munasarja endometrioos.

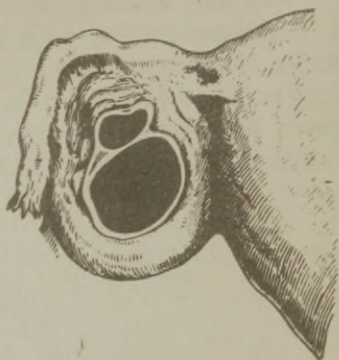
lik. Kaebustest on esiplaanil tugevnenud valud menses ajal ja steriilsus.

## 3. Endometriosis ovarii

Endometrioosikolded munasarjas võivad paikneda nii tema pindmistes kui sügavamates osades. Küllalt sageli on haaratud mõlemad munasarjad. Seoses hormonaalsete mõjustustega toimuvad endometrioosikoldes tsükliliselt verejooksud. Sellised hematoomid võivad olla erineva suurusega (joon. 22). Iseloomulik on, et neis muutub veri tumedaks, mustjas-pruu-

niks, millest tingitud ka nimetus šokolaad-tsüst. Sageli sellised tsüstid lõhkevad, nende sisu pääseb kõhukoopasse. Kujunevad liited, konglomeraat-tuumorid. Palpatsioonil on sellistele tuumoritele iseloomulik fikseeritus, tihe konsistents, valulikkus.

Ka ovaariumi endometrioosile on iseloomulikud tugevad valud vahetult enne men-  
sest ja menses ajal.



Joon. 22. Munasarja endometrioos.

#### 4. Endometriosis retrocervicalis

Samaaegselt ovaariumi endometrioosiga täheldatakse suhteliselt sageli endometrioosi, mis paikneb retrotservikaalselt. Protsess algab siin tavaliselt sõlmeliselt. Selle edasi arenedes kujuneb retroflexio uteri fixata. Retrotservikaalne endometrioos on palpeeritav bimanuaalsel vaginaalsel palpatsioonil läbi tupe tagumise võlvi. Kuid veel paremini on see palpeeritav bimanuaalsel rektaalsel läbivaatusel. Endometrioos võib haarata ka rektumi seina. Sümptoomiks on samuti tugevad valud seoses menstruatsiooniga. Ka võib suguhübe olla valulik. Endometrioosi sellise lokaliseerimise korral on täheldatud valulikkust istet. Bimanuaalne palpatsioon on alati valulik. Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb arvesse tuberkuloosne peritoniit või munasarja kartsinoomi metastaasid, mis võivad anda samasuguse lokaalse leiu.

Diagnoosimisel on vaja pöörata tähelepanu menstruatsioonile, suguhübele, iste valulikkusele. Samuti tuleb osata õigesti hinnata lokaalset leidu ja palpatsioonil täheldatavat valu.



## 5. Endometrioosi harva esinevad vormid

Endometrioosi võib esineda igas elundis, nagu seda on eespool nimetatud.

Kui endometrioos areneb põies, kujunevad selles sõlmekesed, mis paiknevad sagedamini tagumisel seinal. Sümptoomideks on tenesmid, sage urineerimine, hematuuria menstruatsiooni ajal. Tsüstoskopeerimisel on täheldatavad tumedad violetsed sõlmekesed, mis menstruatsiooni ajal suurenevad ja veritsevad.

Operatsioonijärgsel kõhu armil kujuneb endometrioos esmajoones selliste operatsioonide järel, kus emakaõõs on avatud, nagu see esineb keisrilõike korral. Armis olevad sõlmekesed valutavad ja suurenevad menstruatsiooni ajal ja võivad nahast läbi murduda. Nii kujuneb menstruatsiooni ajal veritsev fistel.

## V. DIAGNOOS

Diagnoosimine võib põhjustada tõsiseid raskusi. Seostatakse seda eelkõige sellega, et endometrioosi sümptomatoloogia on otseses seoses tema lokalisatsiooniga. Lokalisatsioon aga, nagu hästi teada, on mitmesugune. Alati ei mõeldagi endometrioosi esinemise võimalusele.

Diagnoos püstitatakse anamneesi ja kliinilise pildi alusel, kusjuures erilist tähelepanu väärivad sellised sümptoomid nagu tugev valu menstruatsiooni ajal, tuumori suuruse muutused seoses tsükliga, rohke menses, tuumori veritsemine.

Real juhtudel on diagnoosi täpsustamiseks vaja teostada selliseid uuringuid nagu hüsterosalpingograafia, biopsia. Laparoskoopia ja kuldoskoopia teostamisega peab olema ettevaatlik ja enamus autoreid ei soovita neid kasutada.

Endometrioosi kahtluse korral ei soovita enamus autoreid kasutada endoskoopiat, kuna võivad tekkida vigastused endometrioosile kaasnevate liidete tõttu.

## VI. DIFERENTSIAALDIAGNOSTIKA

Diferentsida tuleb endometrioosi põletikulisest protsessist, tuumorist; emaka adenomioosi aga emakamüomist, munajuha endometrioosi hematosalpinski kujunemisel ektoopilisest rasedusest.

## VII. RAVI

Endometrioosi ravi võib olla sümptomaatiline, kirurgiline, hormonaalne või kiiritusravi. Meetodi valikul tuleb lähtuda patsiendi individuaalsetest iseärasustest. Arvestada tuleb haige iga, endometrioosikolde suurust ja lokalisatsiooni, kas kolle on piirdunud või mitte, protsessi raskust.

Ravi otseseks eesmärgiks on likvideerida esinevad valud, vältida vererohkeid menstruatsioonide ja võimaluse korral taastada võime anda järglasi, s. t. taastada generatiivne funktsioon.

Sümptomaatilist ravi valuvaigistite mõel algomenorröa korral kasutatakse lühiajaliselt kuni lõpliku ravi määramiseni.

Operatiivse ravi eesmärgiks on endometrioosikolde eemaldamine, kui see on võimalik. Varem teostati neid operatsioone võimalikult radikaalselt. Kaasajal on endometrioosi operatiivne ravi, kus võimalik, konservatiivne. Viimase all tuleb mõista kolde eemaldamist organi täieliku või osalise säilitamisega. Kahtlematult võib konservatiivse operatsiooni järgselt, kui sellele pole järgnenud hormoonravi, kujuneda retsidiiv. Kui vähegi võimalik, tuleb operatsioonil säilitada ovaariumid. Näidustatud on operatiivne ravi munasarja šokolaad-tsüstide ja hematosalpinski korral.

Soovitav on eelnevalt operatsioonile ordineerida 4 - 8 nädala vältel hormoonravi gestageenidega. Selle

tulemusena endometrioosisõlmed sageli vähenevad, samuti kaovad liited, mis kergendab operatsiooni.

Kaasajal kasutatakse sageli hormoonravi. Viimase eesmärgiks on mõjustada ovaariumide talitlust. Seda võib saavutada androgeensete hormoonide, östrogeenide, progesteroonide või naise suguhormoonidega, s. t. östrogeenseid ja kollaskehahormoone koos manustades.

Androgeensete hormoonide manustamisel on võimalik pärssida ovaariumide talitlust ja sellega haige seisund paraneb. Meessuguhormoonide manustamine reproduktiivses eas patsiendile pole soovitatav. Ühtlasi annavad need preparaadid küllalt sageli ebasoovitavaid kõrvalnähte - põhjustavad virilismi. Kuna meil on efektiivsemaid võimalusi hormoonraviks, siis androgeenid leiavad endometrioosi ravis üha vähem kasutamist.

R. Kistner (1958) täheldas endometrioosist tervene-mist rasestumise korral. See viis mõttele rakendada hormonaalset ravi, mis kutsuks esile nn. pseudograviidsuse. Sel eesmärgil ordineeriti östrogeenseid ja kollaskeha hormoone. Selline hormonaalravi on näidustatud noortele naistele, kes soovivad veel sünnitada ja samuti operatsiooni-järgsete retsidiivide korral. Tähelepanekute kohaselt on šokolaad-tsüstide korral hormoonravi naise suguhormoonidega tulemusteta. Vastunäidustatud on selline ravi makshaiguste korral.

Laialdaselt kasutatakse tsüklilist naise suguhormoonide manustamist. Ordineeritakse samu preparaate, mida kasutatakse ovulatsiooni pärssimiseks, et vältida rasestumist (infecundinum, ovosiston, anovlar jne.). Neid preparaate kasutab patsient 5. - 25. tsüklipäevani. Tsükkel muutub selliste preparaatide kasutamisel anovulatoorseks, menses (tegelikult pseudomenses) tuleb oodatud ajal, on normaalse vereeritusega ja valutu. Sellise hormonaalse ravi toimemehhanism pole lõplikult lahendatud. Arvatakse, et ovaariumide talitluse pärssimisega väheneb endometrioosikoldes koe vohang ja vereeritumist ei toimu, toimub resorptsioon. Endometriosi externa allub paremini selli-



sele hormoonravile kui endometriosis interna. Püsiv tervistumine saavutatakse hormoonravi rakendades ainult väikeste endometrioosikollete korral. Hormoonravi eespool nimetatud preparaatidega kasutatakse pikema aja vältel.

Röntgenkiiritust kasutatakse hormonaalse ravi kasutuselevõtmise tõttu harva. Röntgen-kastratsiooni järel endometrioosikoldes vohamine lakkab ja kujuneb taandareng.

Mudaravi on endometrioosi korral vastunäidustatud.

## C. N A I S E   S U G U E L U N D I T E H E A L O O M U L I S E D   K A S V A J A D

---

### 1. VÄLISSUGUELUNDITE KASVAJAD

Välissuguelundite piirkonnas täheldatakse kasvajaid harva. Selle piirkonna tuumorid moodustavad ainult paar sajandikku suguelundeis üldse täheldatavatest healoomulistest kasvajatest. Oma iseloomult on siin paiknevad tuumorid mitmesuguse histoloogilise struktuuriga ja erineva geneesiga. Eristatakse kaks põhilist rühma: retentsioonsüstid ja tõelised uudismoodustised.

#### 1. Retentsioonsüstid

Selle rühma tuumoreist täheldatakse kõige sagedamini bartoliininäärme tsüste, mis paiknevad labia majora alumises kolmandikus, on ovaalse kujuga, elastse konsistentsiga, palpatsioonil valutud. Tuumori läbimõõt on harilikult paar sentimeetrit, ei ületa tavaliselt kümme sentimeetrit. Tsüst kasvab aeglaselt, ei põhjusta patsiendile vaevusi.

Bartoliininäärme tsüstid kujunevad näärme viimajuha sulguse tagajärjel. Sulgus kujuneb tavaliselt korduvate põletikkude järel viimajuhas. Sellise sulguse tõttu kujuneb retentsioon, retentsioonsüst.

## 2. Vulva healoomulised kasvaja

Sagedamini täheldatakse vulva healoomulistest kasvajatest müoome, fibroome, fibromüoome. Need tuumorid võivad paikneda pindmiselt või sügavamates labia majora kihtides. Kasvades nihkub tuumor enam pinnale ja edasi suurenedes jääb nn. jalale. Kujuneb tuumor, mis ripub. Viimast nimetatakse fibromyoma vulvae pendulum. Teada on kasuistilised juhud, kus selline rippuv fibromüoom oli lapse pea suurune.

Harva täheldatakse vulval lipoome. Tuumor võib peale rasvkoe sisaldada ka sidekudet. Selliseid kasvajaid nimetatakse fibrolipoomideks. Need tuumorid võivad samuti kasvada suhteliselt suurteks ja asuda jalal.

Samuti harva täheldatakse vulval hidradenoomi (hidradenoma vulvae), higinäärme kasvajat. Väike tuumor paikneb nahaalusi, labia majora piirkonnas.

Naise välissuguelundite healoomuliste kasvajate ravi on kirurgiline: tuumor eemaldatakse.

## 3. Elephantiasis vulvae

Vulva elefantiaas on kasvajataoline patoloogia, mida tavaliselt käsitletakse koos selle piirkonna tuumoritega. See paikneb suurte ja väikeste häbememokkade piirkonnas, harvem on patoloogilisest protsessist haaratud kliitor, ureetra, perineum.

Mainitud patoloogia esineb harva. Suhteliselt sagedamini on diagnoositud noortel patsientidel vanuses 20-30 eluaastat. Elefantiaasi korral täheldatakse välissuguelundite suurenemist, need on nagu hüpertrofeerunud. Konsistents on pehme või tihe. Protsess on pikaajalise kuluga.

Histoloogiliselt täheldatakse kudede turset, sidekoe vohamist, vere- ja lümfisoonte laienemist, perivaskulaarset lümfotsüütide ja plasmarakkude infiltratsiooni.

Etioloogia on käesoleva ajani ebaselge. On võimalik, et kroonilised haigused (süüfilis, tuberkuloos, gonorröa,



ekseem) võivad teatud osa etendada. Samuti omistatakse tähtsust lümfipaisule, mis on kujunenud lümfiteede sulguse tagajärjel.

Haige kaebab ebamugavus- ja raskustunnet välissuguelundite piirkonnas. Võib häirida suguühet.

Ravi on kirurgiline.

## II. TUPES PAIKNEVAD TUUMORID

Tupes, samuti nagu vulval paiknevaid tuumoreid täheldatakse harva. Eristatakse allpool esitatud healoomulisi uudismoodustisi tupes.

### 1. Retentsioontsüstid

Tupes täheldatakse tsüste igas elueas. Neid on tavaliselt üks, kuid võib olla ka mitu. Suuruselt on nad läbimõelduga 1 - 8 cm, harva suuremad, ümmarguse või pikliku kujuga. Tuumori konsistents võib olla tihe või elastne. Tuumori pind on sile. Retentsioontsüstid sisaldavad seroosset vedelikku, mis on läbipaistev või hägune. Vedeliku hägusus on tingitud tsüsti seinast irdunud epiteelrakkudest.

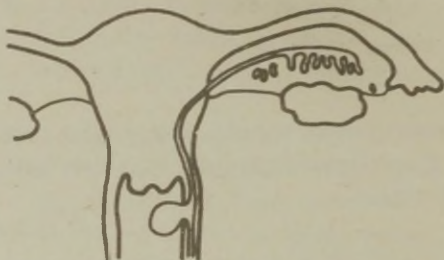
Retentsioontsüsti asukoht tupes on tihedas sõltuvuses tema etioloogiaga. Suhteliselt kõige sagedamini täheldatakse tsüste, mis on kujunenud Gartneri käigu rudimendist (joon. 23). Sellised tsüstid asuvad tupes antero-lateraalset ja üksikutel juhtudel võivad ulatuda üles kõrgele kuni parametriumini või alla kuni tupe sissekäiguni.

Tsüst võib kujuneda Mülleri juha rudimendist. Sellised paiknevad tavaliselt keskjoonel.

Tsüsti kujunemise põhjuseks võib olla trauma (sünnitustrauma, eelnenud operatsioonid). Neile tsüstidele on iseloomulik, et nad paiknevad tavaliselt tupe sissekäigu lähedal.

Nagu eespool toodust nähtub, võib tupetsüsti diagnoosimisel teha järeldusi tema etioloogia osas.

Väikesemõõtmeline tupetsüst tavaliselt ei põhjusta patsiendile vaevusi ja ta pole selle olemasolust teadlik. Seetõttu on tavaline, et need avastatakse profülaktilistel läbivaatustel. Ainult suuremõõdulised tuumorid võivad põhjustada vaevusi ja patsient pöördub günekoloogi poole.



Joon. 23. Gartneri käigu rudimendist arenenud tupetsüst.

Käsitletavate tsüstide diagnoos raskusi ei põhjusta. Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb arvesse tupe eesmise seina allavaje (cystocèle), tagumise seina allavaja (rectocèle); erandlikel juhtudel võib diagnostilisi raskusi põhjustada ureetra divertiikel.

Tupetsüstide ravi seisneb nende operatiivses eemaldamises. Teostatakse tsüstektomia (cystectomy). Operatsiooni käigus tuleb silmas pidada, et tupe eesmises seinas paiknevate tuumorite eemaldamisel võib kergesti vigastada kusepõit, ureetrat.

## 2. Tupe healoomulised tuumorid

Esinevad igas elueas, sagedamini vanuses 20 - 50 eluaastat. On teada kasuistilised juhud, kus tupe healoomuline tuumor on diagnoositud vastsündinul, aga ka kõrges vanuses. Suhteliselt sagedamini täheldatakse selles piirkonnas fibromüoome. Haruldaseks on fibroomi või müoomi esinemine. Fibromüoom areneb tupeseina side- ja lihaskoest. Ta

moodustub tavaliselt sõlmest ja sagedamini paikneb tupe eesmises seinas. Tuumor on tiheda konsistentsiga. Selle suurus võib olla erinev - mõnesentimeetrise läbimõõduga, kuid ka märgatavalt suurem. Tavaliselt on selline tuumor ühenduses tupeseinaga, kuid mõnikord võib asuda nn. jalal ning kasvada analoogiliselt polüübile.

Tuumoris, nagu see on üldse iseloomulik fibromüoomile, võivad areneda degeneratiivsed muutused (ödeem, hüaliinne väärastus, haavandumine, neuroos).

Valdaval osal juhtudest tuumor vaevusi ei põhjusta. Suured tuumorid võivad olla takistuseks sünnitusel.

Diagnoos raskusi ei põhjusta. Ravi on operatiivne, tuumor kuulub eemaldamisele. Teostatakse tumorectomia.

### III. MUNASARJA UUDISMOODUSTISED

Munasarjade tuumorite osas eristatakse tõelisi ja mitteprolifeeruva iseloomuga tuumoreid. Viimaseid nimetatakse ka tuumoritaolisteks moodustisteks, retentsioonsüstideks, lihtsateks tsüstideks (cysta simplex). Sellised retentsioonsüstid moodustavad 34 % kõigist ovaariumides täheldatavaist tuumoreist (I. Krajevskaja).

#### 1. Munasarjatsüstid (cystis ovarii)

Munasarjatsüstid võivad nii oma etioloogialt kui histoloogiliselt ehituselt olla mitmesugused. Allpool esitame nende erinevad vormid.

##### a) Follikulaarne tsüst (cystis follicularis)

Kõige sagedamini on täheldatav munasarjatsüst. See on makroskoopiliselt siledapinnaline ja õhukese seinaga ühekambriline elastse konsistentsiga tuumor. Harva esinevad ka mitmekambrilised follikulaarsed tsüsid. Tsüst on täidetud seroosse läbipaistva vedelikuga. Tuumor on



mõõtmelt suhteliselt väike. Tema läbimõõt ei ületa tavaliselt 10 cm. Suuremate tuumorite korral tuleb alati mõelda prolifereruva tuumori võimalusele, s.t. tõelise tuumori olemasolule. Üksikutel juhtudel on täheldatud mitme tsüsti esinemist ühes munasarjas.

Follikulaarse tsüsti seina histoloogiline ehitus võib olla erinev sõltuvalt sellest, millises folliikuli arengustaadiumis on tsüst kujunenud või on see alguse saanud atreetilisest folliikulist.

Follikulaarse tsüsti etioloogia on käesoleva ajani lõpuni lahendamata. On täheldatud nende esinemist emakamunuste põletike ja emakamuumi korral. Follikulaarseid tsüste on võimalik katseloomadel eksperimentaalselt esile kutsuda röntgenkiiritusega, munasarja siirdamisel kastreeritud katseloomale, katselooma subtotaaletse kastratsioonil.

E.A. Ird (1966) põhjendab selliste tsüstide teket östrogeensete hormoonide produktsiooni languse ja hüpofüüsi gonadotroopse aktiivsuse muutusega (PSH tõuseb, LH langeb).

Valdav enamus autoreid seostab follikulaarsete tsüstide teket hüpofüüsi gonadotroopsete hormoonide produktsiooni muutusega (F. Ingersoll, J. McArthur, 1959; T. Evans, G. Riley, 1960; E.I. Kvater, 1961).

#### b) Cystis corpora lutea

Selliseid kollaskehast arenenud tsüste täheldatakse harva. Nad on tavaliselt paarisenteetrise läbimõõduga, vaid erandjuhtudel märgatavalt suuremad, ja täidetud läbi-  
paistva või kergelt pruunika vedelikuga.

Eraldi vaadeldakse persisteeruvat kollaskeha. Sel juhul kollaskehahormooni ehk progesterooni produktsioon tõuseb. Kujunevad varase raseduse sümptoomid, ilma et tegelikult rasedust oleks (menstruatsioon ei ilmu oodatud ajal, basaaltermatuur püsib kõrge, võib esineda kerge iiveldus). Persisteeruva kollaskeha korral on ovaarium kergelt suurenenud. Etioloogia on ebaselge, mis sageli põhjustab diagnostilisi vigu. Ekslikult diagnoositakse rasedust, si-

suliselt kuulub see menstruaalfunktsiooni patoloogia valdkonda.

### c) Teeka-luteiintsüstid

Bilateraalselt kujunevad ovariaalsed tsüstid, mis võivad kasvada suhteliselt suurteks, kuni lapse pea suurusteks. Moodustuvad mitmest kambrist. Täheldatakse põismooli ja koorionepitelioomi korral. Põismooliga komplitseerunud raseduse katkemise järgselt mainitud tsüstid taandarenevad. Teeka-luteiintsüstide kujunemist seostatakse kooriongonadotropiini kõrgeenenud produktsiooniga.

### d) Parovariaalne tsüst (cystis parovarialis)

Parovariaalne tsüst pole lähtunud ovaariumist, vaid epooforonist, parovaariumist. Siin toimub vedeliku retentsioon epooforoni kanalikesse. Makroskoopiliselt on see ühekambriline seroosse vedelikuga täidetud tuumor, mis võib kasvada kuni lapse pea suuruseks. Tuumor võib asuda nn. jalgal, millest tingituna võib kergesti pöörduda.

Diagnoosi püstitamisel võib esineda raskusi. Raske on eristada parovariaalset tsüsti ovaariumi tuumorist. Lõplik diagnoos püstitatakse sageli alles operatsioonil.

Parovariaalne tsüst kuulub samuti operatiivsele eemaldamisele nagu kõik ovariaalsed tuumorid.

### e) Sokolaad-tsüst

Sokolaad-tsüstid esinevad ovaariumi endometrioosi korral. Iseloomulik ovaariumi endometrioosile on see, et need tsüstid on täidetud tumeda, mustjas-pruuni vedelikuga. Need tsüstid võivad olla nii ühe- kui kahepoolsed; lähimõõt ei ületa tavaliselt 10 - 15 cm. Nagu eespool öeldud, leiame endometrioosi korral ovaariumis endomeetriumitaolist kudet, mis allub ovariaalsetele steroididele. Teisiti väljendades leiame siit kudet, mis nii histoloogiliselt kui ka funktsionaalselt vastab endomeetriumile. Ovaariumis algab endometrioos ühe või mitme väikese sõlmekesena. Kujunevad tsüstjad moodustised, kus sõlmekeste õõned on täidetud tu-

meda vana verega. Need tsüstid sageli rebenevad, kujunevad liited. Liidete kujunemine on iseloomulik munasarja endometrioosile.

Ei tohi unustada, et endometrioos ovaariumis võib kombineeruda ovaariumi tõelise tuumoriga. On täheldatud endometrioosi ja dermoidi, endometrioosi ja tsüstoomi samaaegset esinemist.

Kliiniliselt on munasarja endometrioosi esinemise korral iseloomulikud vaevava iseloomuga valud nimme ja allkõhu piirkonnas, mis tugevnevad vahetult enne menses, ja menses ajal kaasnevad urineerimishäired (sage ja valulik urineerimine).

Iseloomulik on tuumori suurenemine menstruatsioonielisel perioodil.

Ravi on toodud peatükis, kus käsitletakse endometrioosi.

## 2. Munasarja healoomulised blastoomid

Siia rühma kuuluvad tõelised munasarja tuumorid, blastoomid. Ovariaalsetele tuumoritele on iseloomulik histoloogilise ehituse mitmekesisus, erinevus. Siin paiknevad kasvavad võivad olla lähtunud erinevatest kudedest. On teada rida erinevaid munasarjakasvajate klassifikatsioone. Allpool esitame enam kasutust leidnud klassifikatsioonid.

### Klassifikatsioon Pfannenstieli järgi

#### A. Epiteliaalsed tuumorid

##### 1) healoomulised adenoomid:

- a) cystadenoma serosum simplex,
- b) cystadenoma pseudomucinosum,
- c) cystadenoma serosum papillare;

##### 2) adenoma solidum;

##### 3) carcinoma.



B. Dermoid, teratoom

C. Stromatogeensed tuumorid

D. Kombineerunud tuumorid

Pfannestieli klassifikatsioonile on iseloomulik, et siin arvestatakse nii histoloogilist struktuuri kui ka histoloogilist printsiipi.

Laialdast poolehoidu on leidnud M.S. Malinovski klassifikatsioon. Tema liigitab munasarja tuumorid alljärgnevalt.

I. Mitteprolifereeruvad munasarjakasvajad (retentsioonsüstid).

II. Prolifereeruvad munasarjakasvajad:

A. Epiteliaalsed blastoomid:

1) healoomulised:

- a) cystadenoma serosum,
- b) cystadenoma pseudomucinosum,
- c) cystadenoma serosum papillare;

2) pahaloormulised:

carcinoma ovarii  
primaarne,  
sekundaarne,  
metastaatiline.

B. Sidekoelised kasvajad:

1) healoomulised:

fibroma, fibromyoma ovarii;

2) pahaloormulised:

sarcoma ovarii,  
endothelioma ovarii.

C. Teratoidsed ovariaalsed tuumorid:

1) healoomulised:

teratoma (dermoid);

2) pahaloomulised:  
teratoblastoma.

Eespool toodud klassifikatsioonides pole toodud hormonaalselt aktiivseid munasarjakasvaid.

Igapäevases töös me võtame aluseks Malinovski klassifikatsiooni, kusjuures lisame veel neljanda rühma (rühm D), kuhu kuuluvad hormonaalselt aktiivsed munasarjakasvajad (folliculoma, thecoma, arhenoblastoma, struma ovarii, hypernephroma).

Primaarsed epiteliaalsed tuumorid liigitatakse rahvusvahelise histoloogilise klassifikatsiooni alusel alljärgnevalt.

1. Mutsinoossed tsüstadenoomid:

- a) healoomuline mutsinoosne tsüstadenoom,
- b) prolifereruv mutsinoosne tsüstadenoom ilma strooma invasioonita (pahaloomulisuse võimalus),
- c) mutsinoosne tsüstadenokartsinoom;

2. Seroosne tsüstadenoom:

- a) healoomuline seroosne papillaarne tsüstadenoom,
- b) prolifereruv seroosne papillaarne tsüstadenoom ilma strooma invansioonita (pahaloomulisuse võimalus),
- c) seroosne tsüstadenokartsinoom;

3. Endometrioidsed ovariaalsed tuumorid.

a) Epiteliaalsed munasarjakasvajad

Munasarjade tsüstoomid (cystoma ovarii) moodustavad ovaariumide healoomuliste kasvajate põhilise grupi. Need on epiteelkoe kasvajad.

Eristame:

- 1) tsilioepiteliaalsed (seroossed) tsüstoomid - blastoma cilioepitheliale serosum;

2) pseudomutsinoossed tsüstoomid - blastoma epitheliale pseudomucinosum.

Tsilioepiteliaalsete tsüstoomide sisepind on kaetud kuubilise epiteeliga, millest osa on varustatud ripsmetega. Selline epiteel on sarnane munajuha sisepinda katva epiteeliga. Tuumori epiteelialune sidekude moodustub kahest kihist. Vahetult epiteeli all asuv sidekoekiht on rakkuderikas. Sellele järgneb fibroosne ja tihe sidekoekiht, kus kulgevad veresooned. Tuumori õõnt täitev seroosne vedelik produtseeritakse tuumori epiteelrakkude poolt.

Munasarja kude võib tuumori korral pikemat aega säilida, eriti hiiluse osas. Munasarjade tsüstoomi histogeneesis pole lõplikult lahendatud. Võimalik, et tsüstoom saab alguse munasarja epiteelist. Eksisteerib ka arvamus, mille kohaselt munajuha epiteeli implanteerumisel munasarja pinnale hakkab seal arenema tsüstoom (M. Glazunov). Sellest tingituna nimetatakse selliseid tuumoreid endosalpingoomideks.

Erineva histoloogilise ehituse ja kliinilise kulu tõttu jagunevad tsilioepiteliaalsed ovariaalsed tuumorid kaheks alarühmaks:

a) seroossed tsüstoomid - cystoma ovarii serosum simplex s. cystoma cilioepitheliale serosum simplex;

b) papillaarsed tsilioepiteliaalsed tsüstoomid - cystoma cilioepitheliale papillare.

Seroossed tsüstoomid moodustavad umbes 11 % kõigist ovariaalistest tuumoritest ja 45 % tsilioepiteliaalistest munasarjakasvajatest.

Makroskoopiliselt on tuumor ümmargune või ovaalne, ühe- või kahekambriline. Tuumor asub jalal, on liikuv, võib küllaltki suureks kasvada. Tuumor on täidetud seroosse vedelikuga.

Selliseid tsüstoomide täheledatakse eelkõige vanemaaalistel patsientidel. Kaebusi selline kasvaja tavaliselt ei



põhjusta; enamasti diagnoositakse esmakordselt profülakti-listel läbivaatustel. Mõnikord märkab patsient vööümber-mõõdu suurenemist (kui tuumor on juba kasvanud suureks) ja see sümptoom sunnib teda pöörduma arsti poole. On teada ka juhte, kus patsient ise palpeerib suure tsüstoomi välja.

Günekoloogilisel läbivaatusel on palpeeritav sileda-pinnaline elastse konsistentsiga liikuv tuumor. Tuumori lii-kuvus on tingitud sellest, et ta asub nn. jalal. Tuumorid, mis arenevad intraligamentaarselt, on piiratud liikuvusega. Tavaliselt on selline tuumor ühepoolne. Tuumori palpatsio-on on valutu.

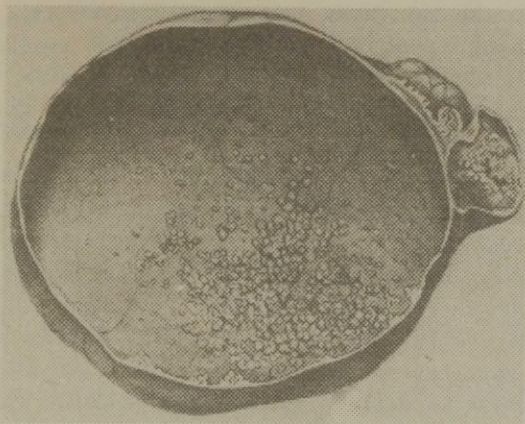
P a p i l l a a r s e d   t s ü s t o o m i d  
a a l s e d   t s ü s t o o m i d moodustavad 34 % ovaria-aalsetest tuumoritest. Sageli, umbes pooltel juhtudest, tä-heldatakse tuumorit kahepoolsest. On iseloomulik, et selli-seid tuumorid kujunevad sagedamini nooremas eas, patsienti-del vanuses 20 - 40 aastat.

Kujult on need kasvajad ovoidsed, ebatasase pinna-ga, pinnal on väljuvused. Tuumori pinna ebatasasus on tin-gitud sellest, et tuumor moodustub mitmest kambrist, kus-juures need kambrid on erineva suurusega. Tuumor tavaliselt ei kasva suureks. Selle kasvaja sisepind on enamasti kaetud ebaühtlaselt papillidega, kuid mõne kambril sisemine pind võib olla täiesti sile (joon. 24). Mõni kamber on ko-gu ulatuses kaetud nääsade-ga. Papillid võivad kasvada ka tuu-mori välispinnale. Need näsakesed moodustuvad sidekoelise-st alusest, mis on kaetud epiteeliga. Viimane sarnaneb epitee-liga, mis katab munajuha valendikku.

Papillaarsed tsüstoomid annavad suhteliselt sageli malignisatsiooni - sekundaarse kartsinoomi. Pahaloomuli-sus kujuneb 45 - 50 %-l juhtudest (M.S. Malinovski, R.Meier). Eespool toodust lähtudes vaadeldakse sellist tsüstoo-mi kui vähieelset seisundit. Iga arst peab sellisesse tuu-morisse suhtuma suurima tähelepanuga.

Iseloomulik on, et sellise tuumori korral kaebavad patsiendid valu ja raskustunnet alakõhus, võib kujuneda astsiit ja nii esmane kui teine steriilsus.

Veres täheldatakse eosinofiilide arvu tõusu, võib esineda lümfopenia, settereaktsiooni mõõdukas kõrgenemine (20 - 25 mm/t).



Joon. 24. Papillaarne tsillio-epiteliaalne tsüstoom.

Günekoloogilisel läbivaatusel on sedastatav ühe- või kahepoolne tuumor, mis asub emakas lateraalselt. Tuumor on ovoidne, elastse konsistentsiga. Sõltuvalt papillide rohkusest võib tuumor olla kohati tihedama konsistentsiga. Tuumori pinnal võib palpeerida väljuvusi, mis on tingitud tuumori mitmekambrilisusest. Kuna tuumor asub tavaliselt jalal, on ta liikuv. Intraligamentaarselt arenevad tuumorid on piiratud liikuvusega. Tuumorist tingituna asub emakas sümfüüsile tavalisest lähemal. Suure tuumori korral ei õnnestu alati emakat välja palpeerida, kontureerida.

Tuumori palpatsioon on seotud vähese valulikkusega. Seevastu ovariumi kartsinoomi korral on palpatsioon tavaliselt valulik.

Pseudomutsinoosseid tsüstoomide täheldatakse 32 % kõigist munasarjakasvajatest

(M. Glazunov). Selline tuumor võib esineda igas elueas, kusjuures sagedamini täheldatakse neid vanemaealistel patsientidel.

Sellele tuumorile on iseloomulik, et ta võib kasvada suuremaks kui ükski teine munasarjakasvaja. On teada kasuistilised juhud, kus pseudomutsinoosne ovariaalne tuumor on kaalunud 30 - 40 kg ja isegi enam. Kaasajal selliseid hiidkasvaja ei täheldata, kuna patsiendid allutatakse õigeaegselt ravile.

Tuumori sein on sile ja tavaliselt õhuke, harva 5 - 10 mm paksune. Tuumor on mitmekambriline, kambrid täidetud veniva želeetaolise massiga - pseudomutsiiniga (glükoproteiid). Tuumori sisepind on kaetud silinderepiteeliga, mis sarnaneb emakakaela kanalit katva epiteeliga. Tuumori sisepinda kattev epiteel produtseerib pseudomutsiini.

Papillaarset pseudomutsinoosset tuumorit täheldatakse harva ja sellist vormi tuleb vaadelda kui potentsiaalselt pahaloomulist tuumorit (A.N. Lebedeva, M. Glazunov).

Patsiendid, kellel esineb selline tuumor, kaebavad tavaliselt valu ja raskustunnet allkõhus. Nad märkavad kõhu ümbermõõdu suurenemist. Tavaliselt vereuuringud on muutusteta.

Suured ovariaalsed tuumorid on palpeeritavad läbi kõhukatete. Bimanuaalsel läbivaatusel on palpeeritav siledapinnaline tuumor, millel võivad olla väljuvused, viimased on tingitud mitmekambrilisusest. Konsistents on elastne. Tuumor on liikuv, palpatsioon valutu. Kahepoolseid pseudomutsinoosseid tuumoreid täheldatakse harva.

Pseudomutsinoosse tsüstoomi perforeerudes tuumori sisu satub kõhukoopasse. Tuumori rakud võivad siin hakata arenema ja kujuneda pseudomyxoma peritonei. Viimast iseloomustab pseudomutsiini produktsioon. Sellise želeetaolise massiga võib olla kogu kõhukoobas täidetud, kujunevad siledkoe vahandid, liited. Pseudomyxoma peritonei toob kaasa raskeid vaevusi - isutuse, meteorismi, obstitatsiooni, peritoneaalsed nähud, kahheksia, südame-vereringe häired.



Sellistel juhtudel ordineeritakse operatiivse ravi järgselt raadiumravi ja tsütostaatilisi preparaate.

b) Teratoidsed ehk germinogeensed munasarjakasvaja

Munasarja dermoidid (teratoma adultum seu cystis dermoides) esinevad igas elueas. Suhteliselt sagedamini on neid täheldatud noorematel patsientidel vanuses 20 - 40 aastat. Need tuumorid moodustavad oma esinemissageduselt 10 - 15 % kõikidest munasarjades esinevatest healoomulistest kasvajatest. Bilateraalseid munasarja dermoide täheldatakse nende tuumorite esinemise korral 15 - 25 % juhtudest. Tavaliselt dermoidid ei ületa läbimõeldult 15 - 20 cm. On siiski teada üksikuid kasuistilisi juhte, kus see on olnud märgatavalt suurem.

Tuumor on iseloomuliku välimusega, mistõttu dermoidi saab diagnoosida juba makroskoopiliselt täie kindlusega. Tuumor on ovaalne, tavaliselt siledapinnaline, harva mügarlik. Tuumori konsistents on sageli ebaühtlane. Värvuselt on kollakas. Nimetatud tuumori sisu on püdel, kollaka värvusega ja hangub toatemperatuuris. Kasvajas võib leida ektodermist ja endodermist lähtunud koelemente: karvakesi, juuksennäpse, rasu- ja higinäärmeid, hambaid, kõhre, luud, rasv- ja lihaskudet, seljaaju, ajuosiseid, kilpnäärme kudet jne. Nende erinevate kudede alusel võibki juba püstitada diagnoosi.

Dermoidid kasvavad aeglaselt, suurenevad esmajoones eritua sekreedi hulga suurenemise tõttu. Kliinilises mõistes vaadeldakse neid kui tsüste, mitte kui tõelisi tuumoreid. Dermoidid võivad ruptureeruda, võivad murduda naaberelundesse (rektumisse, põide), nad võivad infitseeruda.

Dermoide on täheldatud ka väljaspool ovaariume - rindkeres, mesenteeriumis, kusepõies, sooles, munajuhas.

Pahaloomulisus kujuneb neis harva, kuni 1 % juhtudest. Tavaliselt kujuneb lameepiteelrakuline kartsinoom, harvem adenokartsinoom või sarkoom.

c) Hormonaalselt aktiivsed munasarjakasvajad

Hormoone produtseerivaid munasarjade tuumoreid täheldatakse harva, umbes 2 % kõigist munasarjas esinevatest tumoritest. Sellesse rühma kuuluvad:

- 1) Östrogeenseid hormoone produtseerivad  
granuloosarakuline tuumor,  
teekarakuline tuumor;
- 2) androgeenseid hormoone produtseerivad  
arhenoblastooma,  
hüpernefrooma;
- 3) türoksiini produtseeriv  
munasarja struuma.

Östrogeenseid hormoone produtseerivat granuloosarakulist tuumorit ehk follikuloomi (folliculoma ovarii) täheldatakse sagedamini postmenopausaalses perioodis, millal selline tuumor põhjustab endomeetriumi glandulaarset hüperplaasiat ja emakaverejookse. Kui tuumor areneb lapseeas, võib see olla varase sugulise küpsuse põhjuseks. Võib kujuneda pseudopubertas praecox. Tütarlapsel hakkavad arenema piimanäärmed, algab karvakasv kaenla all ja häbemel, kujunevad menstruaaltsükli häireid, kujunevad emakaverejooksud: analoogsed neile, mida täheldatakse metropathia haemorrhagica korral.

Tuumor on oma mõõtmetelt tavaliselt väike, lähimõõduga 1 - 2 cm, harva on täheldatud suuremaid. Nad on ovaalsed, sileda pinnaga, pehme tsüstja konsistentsiga.

Histoloogiliselt ehituselt on neile kasvajatetele iseloomulik rakkude rohkus ja strooma vähesus. Küllalt raske on histoloogiliselt eristada follikuloomi granuloosarakulisest kartsinoomist.

Granuloosarakuline tuumor on põhiliselt healoomuline, kuid küllalt sageli - 20 - 25 % juhtudest (A. Schröder) võib anda sarkoomi. Selle ohu tõttu vajavad need tuumorid erilist tähelepanu.

Kliiniliselt kulult sarnaneb follikuloomiga tekoom (thecoma ovarii). Sellele tuumorile on iseloomulik, et seda tavaliselt täheldatakse vanemas eas, 60-aastastel patsientidel ja veelgi vanematel. Histoloogiliselt on tekoomis sedastatav nii teeka- kui granuloosarakkude olemasolu. Tekoomides toimuvad pahaloomulised muutused harvemini - 8 - 10 % juhtudest. Siin kujuneb sarkoom.

Follikuloomi ja tekoomi diagnoosimisel võib lokaalne leid olla tagasihoidlik, isegi puududa. Viimane on tingitud sellest, et tuumor võib olla mõõtmelt väike. Põhiline diagnoosi püstitamisel on määrata östrogeensete hormoonide produktsioon (tsütohormonaalne diagnostika, pupilli fenomeni ja sõnajalalehe fenomeni määramine, Clifti proov, östrogeensete hormoonide määramine uriinis ja veres).

Arhenoblastoom (arhenoblastoma ovarii) on androgeenseid hormone produtseeriv tuumor, mis põhjustab naise organismis virilisminähte. Teatavasti tuleb virilismi all mõista järgmisi muutusi naise organismis: kehakuju muutub mehelikuks, hääl madaldub, kõrisõlm suureneb, kujuneb hirsutism (mehetüüpi karvakasv), piimanäärmed vähenevad, menstruaaltsükkel muutub anovulatoorseks, kujuneb sekundaarne amenorröa, emakas väheneb oma mõõtmelt, kliitor hüpertrofeerub. Suhteliselt sagedamini kujuneb selline tuumor 20 - 30 aasta vanuses. Harva täheldatud lapseas. Tähelepanu väärib asjaolu, et 25 - 30 % juhtudest võib see muuta pahaloomuliseks.

Arhenoblastoomi diagnoosimisel on põhiline ovaariumi tuumori sedastamine ja virilisminähud. Diferentsiaaldiagnoosi osas tuleb eristada esmajoones adrenogenitaalsest sündroomist. Mõlematel juhtudel on 17-ketosteroidide eritumine tõusnud. Vaja on määrata 17-ketosteroidid fraktsioneeritult. Arhenoblastoomi korral on rohkenenud  $\alpha$ -ketosteroidid, adrenogenitaalse sündroomi korral  $\beta$ -ketosteroidid.



Tähelepanekute kohaselt ei taandarene arhenoblastoomi operatiivse eemaldamise järgselt virilisminähud täielikult - menses ilmub uuesti, piimanäärmed ja emakas omandavad endised mõõtmed, kuid muud kaasnenud mehestumise nähud võivad jääda püsima.

H ü p e r n e f r o o m (hypernephroma ovarii) on väga harva esinev meessuguhormoone produtseeriv kasvaja.

M u n a s a r j a s t r u u m a (struma ovarii) kuulub teratoomide rühma. On samuti harva esinev kasvaja. See tuumor võib põhjustada türeotoksikoosinähte.

#### d) Sidekoelised munasarjakasvajad

Siia rühma kuuluvad fibroma ja fibromyoma ovarii. Mainitud kasvajaid täheldatakse harva. Esinevad sagedamini 40 - 50-aastastel patsientidel. Tuumor on tavaliselt väikesemõõtmeline, tiheda konsistentsiga, siledapinnaline või sõlmeline. Iseloomulik on ovaariumi fibroomile, et ta kasvab aeglaselt.

On teada, et ovaariumi fibroomile võib kaasuda astsiit ja isegi hüdrotooraks.

Tuumori ravi on operatiivne.

#### e) Munasarjakasvaja ja rasedus

Ovariaalne tuumor raseduse ajal kujutab endast alati teatavat ohtu, kuna võib olla rea tüsistuste põhjuseks. Rasedust ja munasarjakasvajat samaaegselt täheldatakse suhteliselt harva, 1000 raseda kohta 1 kord. Esinemissageduselt raseduse ajal on esikohal tsüstoomid (cystoma ovarii), teisel kohal on dermoidid. Munasarja pahaloomulisi kasvajaid raseduse ajal on täheldatud harva.

Tuumori diagnoos raseduse esimestel kuudel ei põhjusta tavaliselt raskusi. Tsüstoom on palpeeritav bimanuaalsel läbivaatusel lateraalselt emakas, ta on siledapinnaline, elastne, liikuv. Dermoid paikneb tavaliselt emaka ees, on samuti liikuv. Ovariaalse tuumori diagnoos võib ra-

seduse suurenedes olla raske. Suur emakas varjab ovariaalse tuumori, kui viimane paikneb emaka taga.

On iseloomulik, et ovariaalne healoomuline tuumor raseduse ajal tavaliselt ei suurene.

Ovariaalse tuumori diagnoosi püstitamise järgselt peab järgnema ravi. Ravi healoomuliste tuumorite korral on operatiivne. Teostatakse tuumori eemaldamine (exstirpatio tumoris, ovariotoomia). Soodsaim aeg operatsiooni teostamiseks on raseduse IV kuu. Platsenta on juba kujunenud, kollaskeha oma tähtsust minetamas. On teada kasuistilised juhud, kus sellise raseduse juures või hiljemgi on teostatud bilateraalne ovariotoomia ja rasedus kulges normaalselt edasi. Üldiselt kehtib seisukoht, et juba elujõulise lapse korral teostatakse keisrilõige ja ovariotoomia.

Operatsiooni ajal tuleb alati selgusele jõuda, kas tuumor on healoomuline või pahaloormuline. Viimasest sõltub operatsiooni ulatuslikkus ja järe ravi.

Operatsioon raseduse ajal healoomulise munasarjakasvaja korral on alati vajalik, kuna ka healoomuline kasvaja võib olla raskete tüsistuste põhjuseks. Komplikatsioonideks on raseduse ajal või sünnitusjärgsel perioodil tuumori pöördumine jalal, mis annab nn. akuutse kõhu pildi. Tuumori pöördumist täheldatakse kuni 15 %-l juhtudest. Võib toimuda tuumori ruptuur, tuumor võib pitsuda väiksesse vaagnasse. Kuid ei tohi unustada võimalust, et tuumoris toimub malignisatsioon. Operatsioon võib tüsistuda raseduse katkemisega. Vajaduse korral ordineerida profülaktiliselt progesterooni.

#### f) Munasarjakasvajad lastel

On teada, et munasarjakasvajad lastel esinevad harva, nad moodustavad umbes 1 % kõigist neil diagnoositud genitaal sfääri tuumoritest. Suhteliselt sagedamini täheldatakse selles eas ovariaalseid tuumoreid 11 - 16 aasta vanuste rühmas, s. t. perioodil, kus toimuvad hormonaalsed nihked, muutused munasarjade talitluses.

Lapse- ja tütarlapseeas pole munasarjakasvajad oma

histoloogiliselt ehituselt nii mitmekesised, nii erinevad, nagu me seda võime näha täiskasvanutel. Lastel on diagnoositud retentsioonsüste (follikulaarsed ja luteiintsüstid), disgerminoome, teratoidseid tuumoreid ja tekoome. Ülejäänud histoloogilise ehitusega tuumoreid, mida me täheldame täiskasvanutel, näeme neil ainult erandlikel juhtudel.

Tähelepanu väärrib asjaolu, et lapseeas esineva ovaariaalse tuumori diagnostika põhjustab raskusi. Sageli esineb ekslikke diagnoose. Diagnoosi püstitamise raskused on seotud eelkõige anatoomiliste isekrasustega. Ei tohi unustada, et lastel ei asu seesmised suguelundid väikeses vaagnas nagu täiskasvanutel, vaid suures vaagnas, kõhukoopas. Seetõttu võib ovaariumi tuumorit ekslikult vaadelda kui mõnest elundist lähtunud tuumorit või mõne teise elundi haigestumist. Ei teostata bimanuaalset rektaalset läbivaatust. Viimane osutub aga hädavajalikuks õige diagnoosi püstitamisel.

Lapseeas arenenud tuumor võib samuti pöörduda, andes ägeda kõhu pildi. Sellisel juhul on iseloomulik valuliku tumori leid kõhukoopas, tugevad korduvad valuhood. Kui tuumori pöördumine toimub aeglaselt, siis ägeda kõhu pilti ei tarvitse kujuneda ja valud on tagasihoidlikud. Diagnostiliselt on tähtis asjaolu, et tavaliselt kaasneb tuumori pöördumisega sage urineerimine, tenesmid.

Diferentsiaaldiagnoosi osas tuleb alati arvestada apenditsiiti.

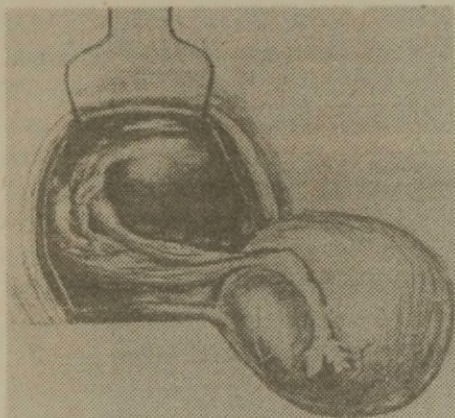
Ravi on alati operatiivne. Kasvaja tuleb eemaldada. Healoomulise tuumori korral teostatakse konservatiivne operatsioon, s. t. piirduetakse tuumori eemaldamisega ja säilitatakse maksimaalselt ovaariumi kudet. Alati kontrollida ka adneksi teisel pool. Välja selgitada pahaloolumisuse võimalus.

Patsiendid jäävad günekoloogi kontrolli alla, sest on võimalikud retsidiivid.



g) Ovaariumi healoomulise tuumori  
tüsisistused

Tuumori pöördumine. Kuna ovaariumi tuumor on liikuv, võib ta pöörduda. Tuumori liikuvus on teatavasti tingitud sellest, et ta asub nn. jalal. Tuumori jala moodustavad lig. ovarii proprium, lig. infundibulopelvicum, lig. latum, salpinks ja munasarja varustavad veresooned (joon. 25). Tähelepanekute kohaselt



Joon. 25. Jalal asuv munasarjakasvaja.

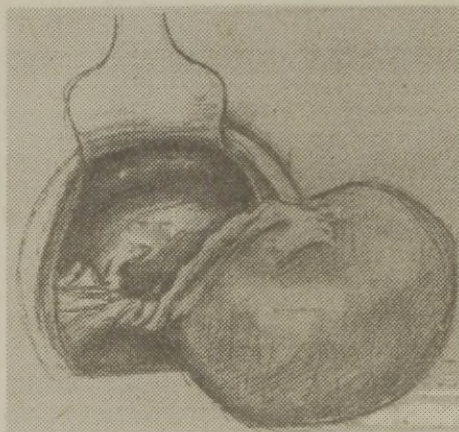
15 - 20 % munasarjakasvajatest pöördub. Mainitud komplikatsioon võib toimuda igas elueas: ka lastel, tütarlastel. Eriti ohustatud on naine sünnitusjärgsel perioodil.

Pöörduvad esmajoonel healoomulised tuumorid, kuna need on liikuvad. Pahaloomuliste tuumorite korral kujunevad kiiresti liited naaberelunditega. Suhteliselt sagedamini täheldatakse dermoidide ja pseudomutsinoossete tuumorite pöördumist.

Tuumori pöördumine toimub tavaliselt ootamatult ja on raskete kliiniliste nähtude põhjuseks.

Kliiniline pilt on otseses sõltuvuses tuumori pöördumise kiirusest ja ulatusest: kui pöördumine toimub aeglaselt ja osaliselt, siis on kliinilised nähud tagasihoidlikumad. Tuumori täielikul pöördumisel (mõnikord pöördub mitu korda), mis toimub lühikese ajavahemiku jooksul, kujuneb akuutse kõhu pilt.

Tuumori pöördumisel täheldatakse esmajoones veenide sulgust, kuna nende seinad on õhukesed. Esialgu tuumori arteriaalne verevarustus ei kannata. Kujuneb venoosne pais. Tuumor suureneb kiiresti oma mõõtmetelt, võivad tekkida verevalumid tuumori koesse. On iseloomulik, et kasvaja värvus muutub. Kui see varem oli pärilmutritaolise värvusega, siis nüüd muutub tumedaks, violetseks. Raske tüsistus on pöördunud tuumori nekroos verevarustuse puudulikkuse tagajärjel. Pöördunud tuumor võib ruptureeruda.



Joon. 26. Pöördunud munasarjakasvaja.

Tuumori pöördumine, nagu eespool öeldud, põhjustab ägeda kõhu pildi. Haige kaebab tugevaid valusid allkõhus, mis kiirguvad alajäsemetesse. Valud algavad järsku, ootamatult. Esineb iiveldus, oksendamine. Haigestumise algul võib tempe-

ratuur olla normaalne. Tavaliselt iste puudub, esineb gaaside peetus.

Patsient on tavaliselt kahvatu, kaetud külma higi-ga, ta on rahutu. Esineb kõhulihaste pinge, meteorism. Gūnekoloogilisel läbivaatusel on sedastatav piiratud liikuvusega tuumor. Palpatsioon on haigele väga valus. Tuumor suureneb kiiresti, võrreldes selle suurusega enne pöördumist (tuumori suurus enne pöördumist võib olla teada), kuid samuti pöördumise järel on korduvatel gūnekoloogilistel läbivaatustel ilmne selle suurenemine. Temperatuur tõuseb. Veres ilmnevad iseloomulikud muutused - settereaktsioon tõuseb järsult, samuti leukotsüütide arv. Ägedad nähud mõne päeva möödudes taandarenevad. Kujunevad tugevad liited.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb arvesse emakaväliline rasedus, munasarjaverejooks, äge apenditsiit, illeus, neerukoolika, äge andeksiit.

Pöördunud tuumori ravi on operatiivne. Kohe diagnoosi püstitamisele järgneb operatsioon. Pöördunud tuumor eemaldatakse.

T u u m o r i r e b e n d . Ovaariumi tuumor võib ruptureeruda. Suhteliselt sagedamini täheldatakse dermoidi ruptuuri. Sellisel juhul kujuneb peritoniit. Pseudomutsinoosse tsüstoomi rebend võib olla pseudomyxoma peritonei põhjuseks.

Munasarjakasvaja võib rebeneda sünnituse käigus. Kuid ühtlasi võib tuumor olla mehaaniliseks takistuseks sünnitusel.

T u u m o r i m u u t u m i n e p a h a l o o m u l i s e k s . Eespool on toodud healoomuliste munasarjakasvajate pahaloomuliseks muutumise võimalus ja sagedus. Kujunevad sekundaarsed munasarja pahaloomulised kasvajad.

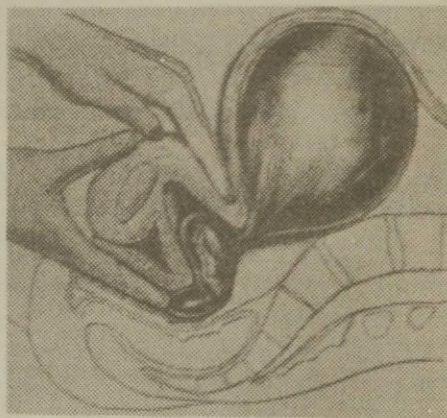
h) Munasarja healoomuliste kasvajate diagnoos

Munasarjakasvaja diagnoos algab patsiendi välisvaatlusega. Nn. munasarja hiidkasvajad võivad olla haige kur-



natuse põhjuseks, kujuneb iseloomulik kurnatud nägu - facies ovarica. Suur tuumor tingib kõhu kju muutust, kõhu ümbermõõdu suurenemist. Suuremad ovariaalsed tuumorid on läbi kõhukatete palpeeritavad.

Bimanuaalsel vaginaalsel läbivaatusel on sedastav liikuv tuumor, mis tavaliselt paikneb emaka kõrval või taga. Piiratud liikuvusega on tuumorid, mis paiknevad intraligamentaarselt, samuti need, mis on liitunud naaberelunditega. On oluline eraldi välja palpeerida emakas, see välistab emakast lähtunud kasvaja võimaluse (joon. 27).



Joon. 27. Ginekoloogiline bimanuaalne läbivaatus munasarjakasvaja korral.

Diagnoosi täpsustamisel on vajalikud alljärgnevad uuringud:

- 1) kontrollida mao-sooletrakti (ovaariumis võib paikneda mao-sooletrakti pahaloomulise tuumori metastaas);
- 2) teostada püelograafia, et välja lülitada rändneer, hüdronefroos, täpsustada ureeterite kulgu;
- 3) teostada lümfangiograafia, kui on kahtlus pahaloomulisusele ja metastaaside võimalusele;

4) röntgenifilm tuleb teha raseduse kahtluse, samuti müoomisõlme kaltsifikatsiooni ja dermoidi kahtluse korral;

5) polütsüstiliste ovaariumide võimaluse korral on soovitatav teostada pneumopelveograafia;

6) emakamüoomi kahtluse korral on vaja sondeerida emakaõõnt.

#### 1) Diferentsiaaldiagnostika

Väikesemõõtmeline munasarjakasvaja, mille läbimõõt ei ületa 8 - 10 cm, on vaginaalsel läbivaatusel hästi palpeeritav väikeses vaagnas emaka taga. Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb siin arvesse hematosalpinks, submuukoosne müoomisõlm, salpingo-ooforiit.

Keskmise suurusega tuumorid (sila kuuluvad munasarjakasvajad, mis on kuni lapse pea suurused) ulatuvad kuni naba kõrguseni. Sellised tuumorid on läbi kõhukateete palpeeritavad. Neid tuleb diferentsida rasedusest, emakamüoomist, hüdronefroosist, soole- ja retroperitoneaalsest tuumorist.

Suurte ovariaalsete tuumorite korral tuleb diferentsiaaldiagnostiliselt eelkõige arvesse rasedus, emakamüoom. Siinkohal on veel kord vaja rõhutada, et selliseid suuri tuumoreid me tänapäeval enam ei kohta. Tavaliselt allutatakse ravile juba väikesemõõtmeline tuumor, kuna naispatsiendid käivad profülaktilistel läbivaatustel ja tuumor diagnoositakse varakult.

#### 2) Munasarja healoomuliste kasvajate ravi

Kõik munasarjakasvajad kuuluvad operatiivsele eemaldamisele. Erandi moodustavad kaugemale arenenud pahaloomulised tuumorid, mille operatsioon ei osutu enam võimalikuks. Kõik ovariaalsed tuumorid kuuluvad operatiivsele ravile, kuna alati ei ole võimalik enne operatsiooni otsustada, kas tuumor on hea- või pahaloomuline. Samuti

tuleb arvestada kõiki võimalikke komplikatsioone, mida võib põhjustada ka healoomuline munasarjakasvaja. Eelkõige tuleb rõhutada, et healoomuline tuumor võib muutuda pahaloomuliseks.

Operatsioonil piirdatakse healoomulise tuumori eemaldamisega. Alati kontrollitakse teist ovaariumi, kas ka seal pole kasvajakke muutusi. Operatsiooni ajal tuleb püüda selgusele jõuda, kas tuumor on hea- või pahaloomuline, kuna sellest sõltub operatsiooni ulatus ja järelravi.



## D. NAISE SUGUELUNDITE VÄHIEELSESED SEISUNDID

---

### I. PREKANTSEROOSI MÕISTE

Kliinilised tähelepanekud ja loomkatsed on tõestanud, et vähktõbi ei arene kunagi täiesti terves elundis või koos. Sellele eelnevad patoloogilisi muutusi krooniliste haigusseisunditega, mis nimetatakse prekantseroosideks. Mitte kõik vähieelsed seisundid ei lähe üle vähktõveks, kuid vahel on see taustaks vähktõve tekkimisele. Prekantseroossete seisundite kliiniline tundmine, nende õigeaegne avastamine ja ravi on vähktõve profülaktika põhialuseid. Näiteks mitteparanevad haavandid, erosioonid, polüübid jne. emakakaelal eelnevad tihti vähktõvele nimetatud organid.

Prekantseroossete haiguste mõiste tekkis juba XIX sajandil, kuid tolleaegsed teaduslikud tööd ja tähelepanekud antud küsimuses olid põhiliselt teoreetilist laadi. Ei leitud veel mikroskoopiliselt sedastatavaid rakkude muutusi, mis oleksid iseloomustanud vähieelset perioodi kudedes. Alles eksperimentaalne onkoloogia katseloomadel tekitatud vähiga andis võimaluse nende arenemist põhjalikult uurida ja lõi aluse teaduslikult põhjendatud õpetusele vähieelsetest seisunditest ning nende arenemise üldistest seaduspärasustest.

Vähi esilekutsumine katseloomadel tõestaski, et vähk ei teki tervetes kudedes, vaid sellele eelnevad vähieelsed

seisundid kudede muutumise näol, ilma milleta ei teki pahaloomulist kasvajat. Nii avastati üksikasjaliste morfoloogiliste muutuste kõrval vähieelsete seisundite puhul ka funktsionaalseid häireid, mis eelnesid vähktõve tekkimisele. Leiti, et kasvajaajal perioodil ja vähi arenemise algstaadiumis on ülekaalus erutusprotsessid, hiljem pidurdusprotsessid. Tänapäeval on prekantseroosi mõistel juuba konkreetne sisu, kuid siin on veelgi palju lahendamata küsimusi. Lähtudes aga praktilisest kliinilisest seisukohast, võib öelda, et vähieelsete seisunditega haigete dispanseerimine, nende ravi ja süstemaatiline jälgimine võimaldavad enamikul juhtudel vähktõbe ennetada.

Naiste suguelundite vähieelsete seisunditega haiged kuuluvad dispanseerimisele naiste nõuandlates elukoha järgi. Kui nõuandlas puudub elektrokoagulatsiooniparaat, siis tuleb need haiged saata radikaalseks raviks onkoloogia dispanserisse nende järgneva dispanseerimisega elukoha järgi kuni täieliku tervenemiseni. Dispanseerimisel täidetakse igale vähieelse seisundiga haigele kontrollkaart, vorm nr. 30, kuhu kantakse sisse märkmed läbiviidud uurimiste, ravi ja edaspidise jälgimise kohta. Arvel peavad mainitud haiged olema 1 aasta, kohustuslik kontroll iga 3 kuu tagant ja alles täieliku tervenemise järel võib neid arvelt kustutada.

Prekantseroossete seisunditega haigete ravi on vähktõve profülaktika alus.

## II. VÄLJSTE SUGUELUNDITE PREKANTSEROOSID

Vulva vähieelseteks haigusteks on kõik need protsessid, mida kirjeldatakse ka vähieelsete nahahaigustena.

1. H ü p e r k e r a t o o s i d (hyperkeratosis), leukoplaakia (leucoplakia) ja krauroos (kraurosisis).

Leukoplaakia korral esinevad ümbritsevast limas-

kestast kergelt esilekerkivad valged või hallikad täpid või laigud, sagedamini väikestel häbememokkadel, kliitori ümbruses ja perineumil. Algul on nad piiratud ja väikesemõõtmelised, hiljem võivad laotuda, siis moodustuvad suuremad laigud lõhenemiste ja haavandumistega, millele kaasneb sügelemistunne.

Krauroosi iseloomustab välissuguelundite kortsumine koos limaskestast atroofiaga. Ohuke limaskest võtab kortsunud pärgamentpaberi ilme, väljakujunenud juhtudel esineb tupe sissekäigu kitsenemine, võib sedastada tugevat sügelemist.

Ülalmainitud prekantserooside korral ravi alustamisel tuleb kõigepealt välja lülitada diabeedi ja solkmehäirete võimalus. Üldravina määratakse närvi- ja endokriinset süsteemi mõjustavad protseduurid. Lokaalselt sügelemist rahustavaid vahendeid - 10%-list anestesiini või 2%-list dimedroolsalvi. Kui need ei toimi, teha 0,5%-lise novokaiinilahusega blokaad n. pudendi piirkonda. Väljakujunenud leukoplaakia ja krauroosi korral on näidustatud kirurgiline ravi - vulvektomia, tuleb arvesse ka kiiritusravi. Leukoplaakia ja krauroosi foonilt areneb pahaloomuline kasvaja suhteliselt harva.

2. Piirdunud pigmenttsed moodustised välissuguelunditel kalduvusega kasvule ja haavandumisele kuuluvad süstemaatilisele jälgimisele. Muutused neis piirkondades (eriti aga proliferatiivset laadi või haavandumised) kuuluvad kirurgilisele ravile - excisio nöl.

### III. TUPE PREKANTSEROOSID

1. Leukoplaakia tupe limaskestal näib kliiniliselt samasugusena, nagu on kirjeldatud välissuguelunditel.

2. Erütroplaakia korral on erineva ku-



ju ja suurusega alad normaalse limaskesta foonil tumepunase värvusega. Võivad samuti laastuda, moodustades suu-remaid laiike.

Mõlemal juhul (protsessi progresseerumisel piir-  
dunud aladel) on näidustatud nende elektrokoaguleerimine,  
laialdase leviku korral ka kiiritusravi.

Vähi profülaktikaks ülalkirjeldatud prekantseroo-  
side puhul on nende õigeaegne avastamine ja ravi.

#### IV. EMAKAKAELA PREKANTSEROOSID

1. L e u k o p l a a k i a emakakaela piirkon-  
nas esineb valkjate või hallikate laikudena teravalt piir-  
dunud servadega ja väga varieeruva kujuga. Sel puhul võib  
sedastada tupest rikkalikku piimjasvalget eritist, mis on  
infektsiooni korral mädase iseloomuga, haavandumistel ve-  
reseguse lisandiga. Leukoplaakiat iseloomustab mitmekihi-  
lise lameepiteeli paksenemine pindmiste kihtide osalise  
sarvestumisega. Suured leukoplaakilised alad ebaühtlase  
või haavandunud pinnaga on vähikahtlased.

2. E r ü t r o p l a a k i a korral esineb epi-  
teeli atroofia ja õhenemine, laigud on emakakaela epi-  
teelialuste veresoonte läbikumendumisest punakad. Esineb leu-  
koplaakiast märgatavalt harvem ja ka sellele võib kaasne-  
da vähiprotsess. Erütroplaakiale on iseloomulik kollakas  
liimitaoline eritis tupest.

Raviks elektrokoagulatsioon, laialdaste leuko- ja  
erütroplaakiate korral on näidustatud raadiumravi.

3. L i h a s - n ä ä r m e l i s e d h ü p e r -  
p l a a s i a d , n n . p a p i l l a a r s e d j a  
f o l l i k u l a a r s e d " e r o s i o o n i d " a r e -  
nevad sagedamini kaelakanali limaskesta ektroopioni foo-  
nil. Viimased on tihti tekkinud emakakaela sünnitustrau-  
mast tingitud anatoomilistest deformatsioonidest. Emaka-

kael on sellistel juhtudel suurenenud ja kõva, ta pind on lopsakas näsalise kattega punase värvusega epiteelialalustest veresoontest, mis kumenduvad läbi õhukese silindrilise epiteeli. Mõned alad võivad olla epiteelist katmata ja kergelt veritsevad. Üsikus kohad, mis emakakaelal on kaetud lameepiteeliga, annavad limaskestale valkja varjundi. Tupeeritis nn. erosioonide korral on limase või limajas-mädaja iseloomuga ja mõnikord veresisaldusega.

Lihase-näärmelise hüperplaasia foonil areneb vähk kõige sagedamini. Seetõttu on kõikidel juhtudel, kui tekib kahtlus algavale kasvajaselisele protsessile, näidustatud biopsia ja tupeäigete tsütoloogiline uurimine.

4. P o l ü ü b i d emakakaela piirkonnas lähtuvad kaelakanali limaskestast. Nende konsistents sõltub strooma vohamisest polüübis. Polüübi struktuur meenutab kaelakanali limaskesta näärmeliste komponentidega. Polüüpide haavandumine, samuti nende veritsemine postmenopausaalses perioodis viitab pahaloolumisusele ülemineku võimalusele. Polüüpide maligniseerumine esineb suhteliselt harva.

5. R a v i prekantserooside puhul peab olema radikaalne, konservatiivsed meetodid mitmesuguste ravitampoonidega on lubatud ainult emakakaela pindmiste erosioonide puhul, mis on ilma väljakujunenud deformatsioonita ja ektroopionita. Seejuures ravi ei või ületada 3 nädalat.

Radikaalsele ravile peab eelnema biopsia noaga emakakaela kõige kahtlasemast osast. Düskeratooside, papillaarsete ja follikulaarsete "erosioonide" korral on peamiseks ravimeetodiks elektrokoagulatsioon. Emakakaela samaaegse deformatsiooni ja ektroopioni puhul on näidustatud koonusekujuline konisatsioon või emakakaela amputatsioon noaga või elektrokirurgilisel meetodil. Emakakaela või kaelakanali polüüpide eemaldamisele peab eelnema emakaõõne ja -kaela kanali abrasioon, mida tehakse 2 nädalat enne diatermoprotseduure.

Emakakaelavähi profülaktikas on esikohal vähieelsete seisundite ärahoidmine ja ravi: a) sünnituspuhuste emakakaela rebendite kinniõmblemine, b) genitaalsfääri põletike (kaasa arvatud abordijärgsed) vältimine.

## V. EMAKAKEHA PREKANTSEEROOSID

Siia kuuluvad limaskestast hüperplaasia (eriti retsidiveeruv pre- ja postmenopausaalses perioodis, adenomatoos, limaskestast polüübid ja põismool (mola hydatidosa).

Menstrueerivatel naistel ilmnevad kõik need haigestumised sagedamini meno- ja metrorraagiade kujul. Menstruatsioon muutub liiga tugevaks või pikaldaseks ja esineb lühenenud vaheaegadega, omandades tihti verejooksu ilme. Mõnikord võib juba varakult enne kuuriiete algust leida määriverit veretaolist eritist. Postmenopausaalses perioodis olevatel naistel ilmneb haigestumine veretaoliste eritiste ilmunisega.

Günekoloogilisel järelevaatusel emakakeha prekantserooside puhul erilisi anatoomilisi emaka ja munasarjade muutusi ei täheldata. Ainult adenomatoosi korral võib emakas kuigipalju suurenenud olla koos kõikide emakakeha seinete difuusse paksenemisega või mõne üksiku ala sõlmja paksenemise näol. Samuti esineb põismooli korral emaka suurenemist, mis ei vasta aga raseduse kestvusele; võivad kaasa bilateraalsed ovaariumide luteiintsüstid. Verises tupeeritises võib leida põiekesi.

Näärmelise hüperplaasia ja endomeetriumi polüpoosi diagnoos püstitatakse peale emakaõõne väljakaape histoloogilist uurimist. Polüübid, tavaliselt hulgaliselt, asetsevad rohkem emaka põhja ja nurkade piirkonnas. Nad on kaetud ühekihilise näärmeepiteeliga ja sisaldavad kohati laienenud näärmelisi alasid.

Adenomatoosi võib kahtlustada pikemaajaliste vere-



jooksaude puhul, mis ei lakka korduvate emakaõõne abrasiioonide järel. Adenomatoosi korral, erinevalt näärmelisest hüperplaasiast, on näärmeepiteel mitmekihiline ja esineb näsalisi moodustisi ning muutused on pesalise iseloomuga. Adenomatoos esineb tihti koos endomeetriumi näärmelise hüperplaasiaga.

Postmenopausaalses eas areneb vähk näärmelise hüperplaasia foonil võrdlemisi sageli, veel sagedamini aga adenomatoosi foonil. Polüübid, eriti hulgalised, võivad üle minna pahaloomulisteks. Vähi tekkimise võimalusele on eriti kahtlased retsidiveeruvad polüübid ja endomeetriumi hüperplaasia, mis tekkisid pärast reproduktiivset perioodi.

## VI. VÄHIEELSETE HAIGUSTE RAVI

Menstruatsioonitsükli häirete korral ja hulgaliste ning pikaldaste kuuriiete puhul, eriti aga vereerituste tekkimisel menopausis, on näidustatud diagnostiline emakaõõne väljakaapimine materjali kohustusliku histoloogilise uurimisega.

Näärmelise hüperplaasia ja endomeetriumi polüpoosi kindlakstegemise järel tuleb haigeid perioodiliselt jälgida. Hüperplastiliste protsesside retsidiveerumisel on näidustatud noortele naistele hormoonravi (kollaskehahormooni või androgeenidega) vastavalt hormonaalsete uurin-gute andmetele.

Retsidiveeruva polüpoosi korral on näidustatud nais-tele kliimaksi perioodis emaka eksstirpatsioon, üldseisundist tingitud vastunäidustuste puhul kiiritusravi.

Adenomatoosi puhul on vajalik emaka eksstirpatsioon. Kas samasegelt eemaldada ka munasarjad, seda otsustatakse vastavalt naise seisundile ja eale. Üle 40 aasta vanustel naistel on eelistatavam teha exstirpatio uteri cum adnexibus.

Põismooli korral teostatakse emaka abrasioon ja

hiljem jälgitakse haiget süstemaatiliselt aasta vältel.

Munasarjade healoomulisi kasvajaid tuleb pidada samuti vähieelseteks seisunditeks. Seda just seetõttu, et vaatamata munasarjakasvajate hietoloogiliste vormide suurele mitmekesisusele täheldatakse pahaloolumisusele üleminekut peaaegu kõikide vormide juures, ehkki erineval määral. Kõige sagedamini maligniseeruvad tsilioepiteliaalsed tsüstid, eriti nende prolifereeruvad vormid.

Seepärast on soovitatav iga avastatud munasarjakasvaja kirurgiliselt eemaldada, et vältida tulevikus selle maligniseerumise võimalust. Pre- ja postmenopausaalses perioodis naisel esineva papillaarse tsüsti korral ühes munasarjas tuleb eemaldada ka teine munasari.

## E. NAISTE SUGUELUNDITE PAHALOOMULISED KASVAJAD

---

### 1. VÄLSSUGUELUNDITE VÄHK (*carcinoma vulvae*)

Vulva vähk esineb suhteliselt harva, olles 4-ndal kohal naiste suguelundite kasvajat seas, sagedamini vanuses 60 - 70 aastat. Tihti kaasnevad sellele haigusele endokriinsete näärmete funktsiooni häired, mis väljenduvad menstruat-siooni korratustes või varases menopausis. Sageli esineb samaaegselt ka üldine rasvumine või diabeet. Vähi tekkele eelnevad kohalikud düstroofilised protsessid, mis põhjustavad sügelemist, ja arenevad düskeratoosid (leukoplaakia, krauroos).

1) P a t o l o o g i l i n e   a n a t o o m i a. Vulva vähk on sagedamini lamerakuline sarvestuv, harvemini esineb lamerakuline mittesarvestuv või madalalt diferentseeritud vähi vorm. Näärmelise vähi vormid esinevad harva.

2) K l i i n i l i n e   p i l t. Varajased vähi tunnused on sarnased vähieelse seisundi sümptomidega vulva piirkonnas - sügelemine ja kipitustunne. Hiljem tekib se-roosne eritis veresisaldisega. Uriini sattumine haavandunud pinnale põhjustab valu. Kliitori piirkonna vähi korral on valu varasem. Kasvaja edaspidine infiltreeruv kasv sügavusse põhjustab püsivat valulikkust. Kasvaja lagunemisel tekib võimalus verejooksule ja mädaeritusele.



Sagedamini lokaliseerub vulva vähk suurte häbememokkade piirkonnas, järgnevalt väikestel häbememokkadel ja kliitori ümbruses (joon. 28, 29, 30). Makroskoopiliselt eristatakse kolme kliinilist vormi: eksofüütne, endofüütne ja haavandiline (lame haavand mügarliku põhjaga ja vallitaolise veritseva äärega).

Kasvaja võib infiltreeruval laienemisel levida tuppe, ureetrasse, perineumile. Rikkalik lümfiteede olemasolu vulval võimaldab varast metastaseerumist kubeme, reie ja nimmelümfisõlmedesse eelkõige samapoolselt, kuid ka ristuvalt vastaspoolele. Kliitori vähi korral on metastaseerumine eriti varane. Algul on metastaatilised sõlmed vabalt liigutatavad, hiljem kasvajalised koed läbivad kapsli ja sõlmed fikseeruvad.

### 3) K l a s s i f i k a t s i o o n

I staadium - kasvaja või haavand läbimõõduga kuni 2 cm, lokaliseerub naha või limaskestast pindmistes kihtides, metastaase ei ole.

II staadium - kasvaja infiltratsiooniga alumistes se pehmetesse kudedesse või pindmised kasvajakud suurtes mõõtetes üksikute palpeerimisel liigutatavate metastaasidega kubemes.

III staadium - vähk infiltreerub sügavale aluskudesse, millest kasvajaline piirkond on täiesti fikseerunud ümbrusega. Kubeme piirkonnas ühepoolsed piiratud liigutatavusega või kahepoolsed liigutatavad metastaasid.

IV staadium - vähk levikuga naaberorganitele (tupp, ureetra, rektum) või metastaasid kaugorganitesse (joon. 31).

Rahvusvahelises klassifikatsioonis kasutatakse vähi protsessi ulatuse määramiseks TNM-i süsteemi (tumor, nodulus, metastasis).

T<sub>1s</sub> - preinvasiivne kartsinoom, nn. carcinoma in situ;

T<sub>0</sub> - primaarne kasvaja pole määratav;



Joon. 28. Vulva kartsinoom suure  
hääbemoka piirkonnas  
70-aastasel naisel.



Joon. 29. Vulva kartsinoom väikeste  
hääbemokkade piirkonnas.



Joon. 30. Kliitori piirkonna  
vähk.



Joon. 31. Inkuraabel vulva kartsinoom, kliitori piirkonnas suur haavanduv protsess üleminekuga ureetraale.

- $T_1$  - kasvaja suurus läbimõõdus mitte üle 2 cm;
- $T_2$  - kasvaja suurus enam kui 2 cm, kuid mitte rohkem kui 5 cm pikemas läbimõõdus;
- $T_3$  - kasvaja suurus enam kui 5 cm või mistahes suuruses kasvaja levikuga tuppe mitte rohkem kui 2 cm pikkuselt või anaal kanalisse ilma limaskestast kaasa haaramata, või levikuga ureetraale;
- $T_{3(m)}$  - hulgalised kasvajakolded  $10 \text{ cm}^2$  ala piires;
- $T_4$  - üksik kasvaja mistahes suuruses ja levikuga tuppe rohkem kui 2 cm ulatuses või anaal kanalisse limaskestast kaasa haaramisega või levikuga rekto-vaginaalsele vaheseinale või teistele piirnevatele aladele;
- $T_{4(m)}$  - hulgalised kasvajakolded enam kui 10 cm läbimõõduga alal;



- N<sub>0</sub> - lümfisõlmed pole palpeeritavad;
- N<sub>1</sub> - nihutatavad lümfisõlmed haigestunud keha-  
poolel;
- N<sub>1a</sub> - lümfisõlmed hinnatud mittemetastaatilisteks;
- N<sub>1b</sub> - lümfisõlmed hinnatud metastaatilisteks;
- N<sub>2</sub> - nihutatavad lümfisõlmed vastaspoolel või mõ-  
lemapoolsetl;
- N<sub>2a</sub> - lümfisõlmed hinnatud mittemetastaatilisteks;
- N<sub>2b</sub> - lümfisõlmed hinnatud metastaatilisteks;
- N<sub>3</sub> - mittenihtatavad, fikseerunud lümfisõlmed;
- M<sub>0</sub> - puuduvad kaugmetastaaside tunnused;
- M<sub>1</sub> - esinevad kaugmetastaasid.

4) D i a g n o s t i k a . Kuna varajased sümptoomid ja kliiniline pilt vulva vähi ja vähieelsete seisundite suhtes on sarnased, siis vähi teke võib kulgeda märkamatu. Seepärast tuleb uurimise käigus kasutada tsütoloogilisi meetodeid. Lõplikuks diagnoosiks on vajalik biopsia.

Metastaaside diagnoosimiseks pindmistes lümfisõlmedes võib kasutada nende punkteerimist tsütoloogiliseks uuringuks.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb vulva vähki eristada järgmistest haigustest:

Papilloomid - ümarjad pehme konsistentsiga moodustised kitsal jalal ilma infiltratsioonita aluskoosse.

Condylomata accuminata - hulgaliselt teravatipulisi pehme konsistentsiga päsmakesi; esinevad enamasti noortel naistel ja asetsevad tupe sissekäigu juures või ümber pärascooleava.

Kroonilised haavandid - väheldastes mõõtmetes esmise või tagumise voldi piirkonnas annavad tugevat valulikkust ja põletikulist infiltraati ümbruse kudedesse.

Tuberkuloosne haavand - iseloomulik pindmine haavandumine sõmerja põhjaga ja õonestatud servadega. Mõelda mõnikord ka süüfilise võimalusele.

5) R a v i . Vulva vähi ravis eristame kahte etappi: a) primaarkolde ja b) regionaarsete metastaaside ravi.

Põhiliselt kasutatakse kolme ravimeetodit: kirurgiline, kombineeritud ja kiiritusravi. Valik oleneb kasvaja lise protsessi leviku astmest (haiguse staadiumist), haige east ja üldseisundist. Haiguse varajases staadiumis võib piirduda ainult operatsiooniga, mis seisneb vulvektoomias. Hilisemate staadiumide korral on eelistatavam kombineeritud ravimeetod, mis seisneb algkolde operatsioonieelses kiiritusravis (lähisfookuseline röntgen- või gammaterapia) ja metastaseerumise regionaarsete piirkondade kiirituses järgneva vulvektoomiaga ning operatsioonis kubeme ja niude piirkondade kudede eemaldamiseks koos lümfisõlmedega. Iseeseisev kiiritusravi on näidustatud võrdsest kirurgilisest meetodiga haiguse algstaadiumis, kaugele arenenud juhtudel ainult palliaktiivsel eesmärgil.

Vulvektoomia seisneb välissuguelundite laialdases eemaldamises ureetra välisava säilitamisega. Paljud kirurgid teevad kubeme lümfisõlmede eemaldamise operatsioone 3-4 nädalat pärast vulvektoomiat. Tänapäeva narkoosi ja haige hea üldseisundi juures võib neid kahte operatsiooni teha ka üheetapiliselt.

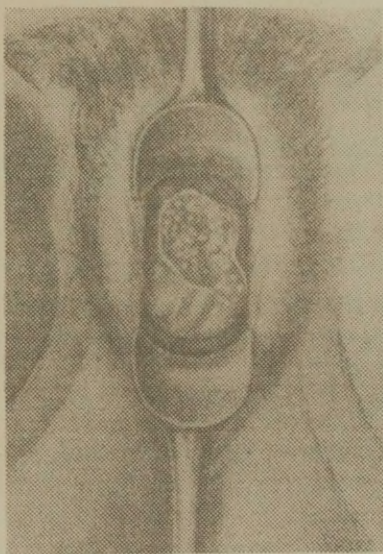
6) V u l v a s a r k o o m esineb harva, sagedamini nooremas eas. Tavaliseks lokalisatsiooniks kliitor ja häbememokad. Kasvaja esineb väheldase võrdlemisi pehme ja elastse sõlmekesena naha aluskoos, kuid kasvab kiiresti ümbruse kudedesse, laguneb või haavandub ja annab varakult metastaase. Ravi kombineeritud meetodiga - operatiivne eemaldamine järgneva kiiritusega.

7) V u l v a m e l a n o o m i võib kohata äärmiselt harva mistahes vanuses. Diagnoosimine raskendatud, kuna melanoomi kahtluse korral on biopsia võtmine vastunäidustatud. Ravi operatiivne - vulvektoomia koos regionaarsete lümfisõlmede eemaldamisega ja ühendatud kiiritusraviga. Prognoos ebasoodne, ainult umbes 3 % haigetest elavad üle 5 aasta.

## II. VAGINA PAHALOOMULISED KASVAJAD

Neid kasvajaid jaotatakse primaarseteks ja sekundaarseteks. Esimesel juhul on algkolle tupes, teisel juhul on esmaskolle mingis teises organis.

1) P r i m a a r n e t u p e v ä h k moodustab umbes 2 % kõikidest vähikasvajatest naistel, esinedes peamiselt 40 - 60 a. vanuses. Sagedamini võib leida tupevalendikus eksofüütset vormi, kusjuures kasvaja pind on papillidekujuline ja kergesti veritsev (joon. 32). Endofüütse vormi korral on kasv infiltreeruv ja haavandumist ega veritsemist ei pruugi olla.



Joon. 32. Tupevähi eksofüütne haavanduv vorm.

Histoloogiliselt esineb sagedamini lamerakuline vähk, harva näärmeline. Haiguse tunnused avalduvad valgetevoolu-



ses ja vereerituses. hilisemal perioodil lisanduvad mainitud tunnustele veel valu ja naaberorganite funktsioonide häired. Eriti ilmnevad häired sugulisel läbikäimisel.

Haiguse kiiret kulgu soodustavad tupe seinte õhukusus ja rikkalik lümfisoonte võrk. Tupe ülemise kolmandiku ja võlvide haigestumise korral kulgeb metastaseerumine vaagna regionaarsetesse lümfisõlmedesse. Tupe keskmine kolmandik on ühendatud anorektaalsete ja sakraalsete lümfisõlmedega, kuid alumise kolmandiku lokaliseerumise korral võib sedastada metastaseerumist kubeme lümfisõlmedesse.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tulevad arvesse tupe healoomulised kasvaja, endometrioos, süüfilis, tuberkuloos ja haavandiline kolpiit.

Vastavalt protsessi leviku ulatusele eristame kliinilises klassifikatsioonis 4 staadiumi: I st. - piirdunud kasvaja läbimõõduga kuni 2 cm tupe limaskestas ilma metastastaasideta; II st. - suurte mõõtmetega kasvaja infiltratsiooniga paravaginaalsesse koesse, kubeme lümfisõlmedes üksikud metastaasid; III st. - kasvaja levik rohkem kui 2/3 tupe osale infiltratsiooniga paravaginaalsesse koesse ja üleminekuga vaagna seintele; IV st. - kasvaja läbikasv põide, rektumisse või kaugmetastaaside olemasolu.

K l a s s i f i k a t s i o o n T N M - i s ü s t e e m i j ä r g i :

- T - primaarne kasvaja:
- T<sub>1s</sub> - preinvasiivne kartsinoom, nn. ca in situ;
- T<sub>0</sub> - primaarne kasvaja pole kindlaks määratav;
- T<sub>1</sub> - kasvaja piirdub tupe seinaga;
- T<sub>1a</sub> - kasvaja kuni 2 cm suuruses läbimõõdus;
- T<sub>1b</sub> - kasvaja rohkem kui 2 cm suuruses läbimõõdus;
- T<sub>2</sub> - kasvaja infiltreerub paravaginaalsesse koesse, kuid ei ole levinud vaagna seinale;

- $T_3$  - kasvaja levinud vaagna seinale ;  
 $T_4$  - kasvaja levinud väljapoolse väikest vaagnat  
 või infiltreerunud rektumi või põie limas-  
 kestasse; bulloosse turse olemasolu pole  
 küllaldane, et viia kasvajat  $T_4$ -sse.

$N$  - regionaarsed lümfisõlmed.

Regionaarseteks lümfisõlmedeks tupe ülemisele 2/3-  
 le on vaagna piirkonna lümfisõlmed allpool a. iliaca com-  
 munis'te bifurkatsiooni, aga alumisele kolmandikule kube-  
 me lümfisõlmed.

a) Tupe kaks ülemist kolmandikku:

- $N_x$  - regionaarsete lümfisõlmede seisundit hinna-  
 ta ei osutu võimalikuks; viimaste juurde  
 võib lisada histoloogilise uurimise andmed,  
 nimelt  $N_{x-}$  või  $N_{x+}$ ;  
 $N_0$  - muutusi regionaarsetes lümfisõlmedes lümfo-  
 graafiliselt ei leitud;  
 $N_1$  - regionaarsetes lümfisõlmedes lümfograafili-  
 selt sedastatavad muutused.

b) Tupe alumine kolmandik:

- $N_0$  - lümfisõlmed pole palpeeritavad;  
 $N_1$  - haigestunud poolel lümfisõlmed nihutatavad;  
 $N_{1a}$  - lümfisõlmed hinnatud mittemetastaatilisteks;  
 $N_{1b}$  - lümfisõlmed hinnatud metastaatilisteks;  
 $N_2$  - nihutatavad lümfisõlmed vastaspoolel või mõ-  
 lemal pool;  
 $N_{2a}$  - lümfisõlmed hinnatud mittemetastaatilisteks;  
 $N_{2b}$  - lümfisõlmed hinnatud metastaatilisteks.

$M$  - kaugmetastaasid:

- $M_0$  - kaugmetastaaside tunnused puuduvad;  
 $M_1$  - esinevad kaugmetastaasid.

Raviks I, II ja III staadiumi puhul - ühendatud  
 kiiritusravi. Kiirituse viis ja doosid sõltuvad protsessi

ulatusest ja lokalisatsioonist. Tupe ülemise või keskmise kolmandiku vähi korral antakse gamma- või röntgenteraapiat samal meetodil kui emakakaelavähi puhul, kuna lümfi äravooluteed on samasugused. Õõnesiseseks gammateraapiaks kasutatakse aplikaatoreid, millel asetsevad radioaktiivsed preparaadid vastavalt kasvaja kujule ja mõõtmetele. Tupe alumise kolmandiku vähi korral kasutatakse distantseeritud gammateraapiat või röntgenteraapiat võrega kubeme-niude piirkondades. Õõnesisene gammateraapia on kasutatav sama meetodiga nagu tupe ülemiste osade kasvaja korral.

Kasvaja mistahes lokalisatsiooni puhul tupes võib kasutada veel lähisfookus-kiiritusravi, mis võib olla õõnesisese gammateraapia asemel või viimasele lisaks. Viimasel ajal kasutatakse tupevähi raviks suure efektiivsusega ka elektronkiiritust. Haiguse IV staadiumis tihti piirduakse ainult välise kiiritusraviga.

2) S e k u n d a a r n e t u p e v ä h k tekib metastaseerumise tulemusena või vahetust üleminekust emaka, munasarjade või teiste naaberorganite kasvaja algkoldest. Ravitaktika valimiseks on oluline kindlaks teha tupevähi esmane või teisene päritolu. Selleks on vaja teha emakakaela ja -keha diagnostiline abrasioon. Histoloogiline struktuur sekundaarse vähi puhul vastab samale esmas-koldes. Emakakaela ja -keha metastaasid tupes alluvad hästi kiiritusravile.

3) S a r k o o m i avastatakse sagedamini 50-60 aasta vanustel. Eristatakse sõlmjat ja difuusset vormi. Sarkoom metastaseerub rohkem hematogeenselt, andes siirdeid sagedamini kopsu. Esinevad ka lümfogeensed metastaasid regioonarsetesse piirkondadesse. Tupesarkoom lastel on kobarakujuline ja võib areneda sagedamini kuni kolme aasta vanuses eas. Sel puhul on iseloomulik eriti kiire kasv ja kalduvus lagunemisele. Tsütoloogiline uuring kindlustab diagnoosi. Ravi infiltrereuva vormi puhul - ühendatud kiiritusravi; sõlmja vormi puhul operatiivne eemaldamine järgneva kiiri-



tusraviga. Kobarja vormi korral kasutatakse mõlemaid meetodeid. Prognoos on halb.

Tupes võib esineda veel metastaatilise päritoluga koorionepitelioom.

### III. EMAKAKAELAVÄHK (carcinoma colli uteri)

Emakavähk on naistel vähktõvesse haigestumise struktuuris teisel kohal. Seejuures umbes 90 % neist vähkidest lokaliseerub emakakaela piirkonnas. Sagedamini esineb see 40 - 60 aasta vanuses. Eelsoodumuslikeks faktoriteks võivad olla emakakaela deformatsioonid ja rebendid, mis on tekkinud ravimata sünnitustraumadest ja abortidest. Teatavat osa etendavad ka emakamanuste ja endomeetriumi kroonilised põletikud, millega kaasnevad tihti rikkalikud voolused. Viimastest tingituna tekivad pikaajalised mitteparanevad "erosioonid" ja troofilised muutused emakakaelal, mis soodustavad vähi arenemist. Arvesse tulevad kõik vähieelsed seisundid, millest oli juttu eespool.

Haigestumine emakakaelavähki sõltub veel elanike hügieenilisest kultuurist ja elukommetest eri rahvuste juures. Väliskirjanduse andmeil on neegritaride juures haigestumus emakakaelavähki kõige suurem, märgatavalt harva esineb seda aga juudi rahvusest naistel (meeste ümberlõikamine, sugulise läbikäimise keeld raseduse ja menstratsiooni ajal jne. etendavad siin tähtsat osa). Haruldaseks harva võib leida emakakaelavähki ka mittesünnitanuil, veel vähem aga neitsitel.

1) C a r c i n o m a c o l l i u t e r i i n s i t u (intraepiteliaalne või preinvasiivne vähk). Neil kordadel puuduvad alati infiltratiivse kasvu tunnused. Ca in situ tekib harilikult lameepiteelist ja just kohal, kus toimub üleminek silindriliseks epiteeliks, kusjuures atüüpilised rakud ilmuvad epiteeli kõikides kihtides, ilma et basaalmembraan saaks rikutud.

Keskmine haigete iga emakakaela ca in situ korral on 40 aastat. Haiguse kliiniline pilt on varieeruv, sagedasemaiks tunnuseiks on valgetevoolus ja vereeritus, kuid ka ilma sümptoomideta on täheldatud esinemist 15 - 25 % juhtudest.

Diagnostilistest meetoditest kasutatakse kolposkoopiat ja tsütoloogilisi uuringuid. Lõplik diagnoos selgub histoloogilisel uurimisel. Ca in situ avastamisel noortel naistel (alla 40 a.) võib ravis piirduda emakakaela elektrokoagulatsiooniga, konisatsiooniga või amputatsiooniga. Vanemas eas soovitatakse teha emaka eksstirpatsioon. Haigeid tuleb eelnevalt täpselt uurida, teha emakakaelakanali prooviabrasioon, et vältida samaaegse preinvasiivse vähi olemasolul invasiivse vormi esinemist. Operatsiooni vastunäidustuste korral kasutatakse õõnesest kiiritusravi.

2) P a t o l o o g i l i n e a n a t o o m i a .  
Emakakaelavähk, mis areneb mitmekihilisest lameepiteelist, võib olla lamerakuline sarvestumisega või ilma sarvestumiseta, harva madala diferentseerumisastmega vähk. Emakakaelakanalis võib kohata ka näärmelisi ja näärmelissoliidseid vähke, mis on tekkinud kaelakanali silindrilisest epiteelist.

3) K l i i n i l i n e p i l t . Vähikasvaja algperioodil võib märgata rikkaliku valgetevooluse teket (mõnikord ka kollakat värvust), millel ei ole erilist lõhna ega ärritavat toimet välissuguelundeile. Edaspidi vooluste iseloom muutub ja omandab ebameeldiva lõhnaga mädajas-seroosse välimuse, põhjustades nahakatetes ärritusnähte.

Teine tunnus, mis iseloomustab emakakaelavähki, on korduvad atsüklilised veresegused eritised tupest. Mõnikord jääb see ainukeseks sümptoomiks. Haiguse algperioodil tekib veritsemine sagedamini peale suguuhet, mõnikord ka peale sõidukis rappumist või bimanuaalse günekoloogilise järelevaatuse järgselt.

Mõnedel naistel avaldub emakakaelavähk meno- ja metrorraagiates. Eriti kahtlane vähile on vere eritumine suguelunditest postmenopausaalses perioodis. Valude teke emakakaelavähi puhul näitab protsessi kaugelearenemist. Siiski võivad valud allkõhus ja kubeme piirkonnas esineda ka piiratud ulatusega kasvaja korral, mis viitab aga infektsioonile ja põletikulise komponendi olemasolule väikse vaagna kudede piirkonnas või munasarjades.

Hoovalud kõhu allosas võivad olla põhjustatud emakakaela sulgumisest kasvaja tõttu. Sel korral emakaõõnde kogunev eritis ei leia vaba väljapääsu, millest ka valud. Protsessi levikuga naaberorganeile valud suurenevad ja kaasnevad lisahäired kas põie või pärasoole poolt.

Varase emakakaelavähi kliinilisel pildil ei ole tihti spetsiifilist avaldumisvormi. Siiski võime algstaadiumis üksikuid maligniseerumise tunnuseid leida emakakaela peeglitaga järelevaatusel ja palpatoorsel uurimisel. Emakakaelavähi protsess võib omada haavandilist iseloomu või näälselisi vohandeid, mis on teravalt piirdunud ja laienevad kaela välispinnale. Emakakaelavähk võib esineda ka sõlmja moodustisena. Sel korral kaasneb emakakaela tihenemine ja deformatsioon. Eriti raskesti avastatav on difuusselt infiltreeruv vähk, sest siis säilitab emakakael pikemat aega oma konfiguratsiooni. Üldiselt aga on kõikidele vähi vormidele algstaadiumis iseloomulikud koldelised tihenemised, kudede elastsuse kadumine ja kerge veritsemine trauma puhul.

Eristame emakakaelavähi eksofüütset, endofüütset (joon. 33) ja segavormi. Eksofüütse vähi korral on tegemist liigse vohanenud koega laial alusel, mis on peennäsaajalise pinnaga ja kergelt veritsev, meenutab välimuselt lillkap-sast (joon. 34). Endofüütse vormi puhul emakakael on kõva, mügarlik ja võib saavutada suuri mõõtmeid (joon. 35). Ta pind sageli haavandub, seejuures hiljem haavandi põhi tõmbub sissepoole ja moodustuvad vallitaolised servad (joon. 36). Segavormidel esinevad nii ühed kui ka teised elemendid. Kõige raskem on avastada kasvajat emakakaelakanalis (joon.

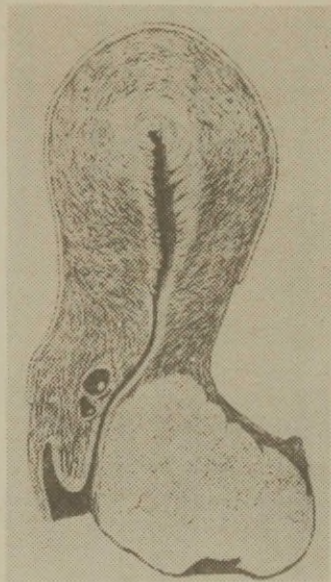




Joon. 33. Emakakaelavähi kasvu vormid (skeem):  
a - eksosüütne, b - endosüütne.



Joon. 34. Emakakaelavähi eksosüütne vorm (preparaat).



Joon. 35. Emakakaelavähi endofüütne vorm.  
Limaskest pind säilinud.



Joon. 36. Emakakaelavähi haavanduv vorm  
(emaka sagitaalne lõige).

37). Siin jääb emakakaela tupepoolne osa pikemaks ajaks muutumatuks samaaegse supravaginaalse osa tunduva suurenemisega (joon. 38). Hiljem vähk kasvab väljapoole emakakaela piirjooni ja läheb üle naaberorganeile (joon. 39). Vähi kasv emakakeha suunas avastatakse kahjuks alles peale märatavate emaka suurenemist ja tihenemist.

Peale otsest levikuteed võib emakakaelavähk levida metastaatiliselts kas lümfoogeensel, hematogeensel või lümfohematogeensel viisil. Suurel hulgal haigetest toimub metastaaserumine regionaarsetesse lümfisõlmedesse samaaegse kasvavalise protsessi ulatuse laienemisega, kuid mõnikord ka isoleeritult. Regionaarset vaagna lümfisõlmede metastaase võib leida peaaegu kõikide haigusstaadiumide korral. Mõnede autorite järgi on leitud neid kliiniliselt I staadiumi korral ühel kolmandikul haigetest, aga II ja III staadiumi puhul koguni pooltel. Kaugmetastaasid tekivad suhteliselt hilja ja harva.

4) K l a s s i f i k a t s i o o n . Esitatud klassifikatsioon põhineb emakakaelavähi leviku astmel ja näitab mõningaid leviku iseärasusi mitmesuguste variantide näol.

0 staadium - ca colli uteri in situ.

I st. (joon. 40 a, b) - vähikasvaja piirdub ainult emakakaela alaga.

II st. (joon. 41 a, b) - levinud väljapoole emaka piirkonda a) infiltratsiooniga parameetriumis kas ühe- või mõlemapoolselt, ilma üleminekuta vaagna seinale (parametraalne variant); b) infiltratsiooniga tuppe kuni kahe ülemise kolmandiku ulatuses (tupevariant); c) infiltratsiooniga emakakehasse (emakavariant).

III st. (joon. 42) - a) emakavähk infiltratsiooniga parameetriumis kas ühe- või mõlemapoolselt, kuid üleminekuga ka väikese vaagna seintele (parametraalne variant); b) emakakaelavähk levikuulatusega tupe alumise kolmandiku alale (tupevariant); c) emakakaelavähk isoleeritud metastaasidega väikese vaagna seinte piirkonnas (regionaarne metastaatilise variant).





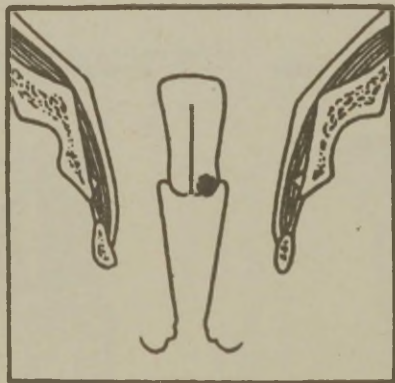
Joon. 37. Emakakaelakanali vähk  
(endotservikaalne vorm).



Joon. 38. Emakakaelakanali vähk,  
väliselt emakakael näib  
intaktsena.



Joon. 39. Emakakaelal suur vähikolle,  
lisaks sellele hulgaliselt  
müoomisõlmi emakae ja ema-  
kamanuste krooniline põle-  
tik.



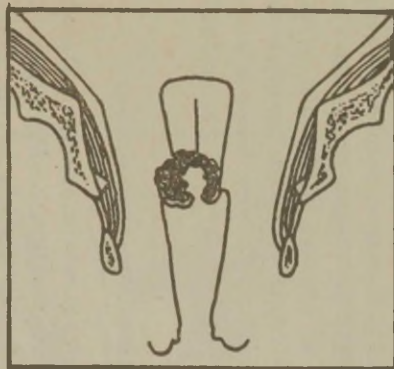
a



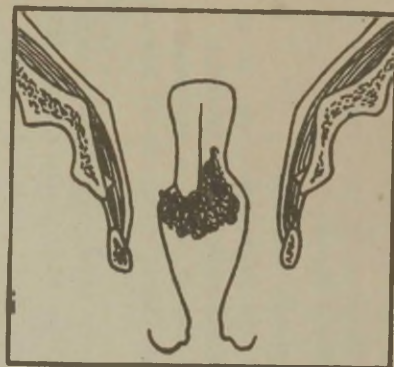
b

Joon. 40. Emakakaelavähi esimene staadium (skeem):

- a) kasvaja väheldase haavandi kujuline, kahjustus ainult emakakaelal;
- b) kasvaja esineb ainult emakakaelakanalil.



a



b

Joon. 41. Emakakaelavähi teine staadium (skeem):

- a) kasvaja laguneva haavandi kujuline, kahjustus levinenud parameetriummisse;
- b) kasvaja levinenud tupe võlvidesse, meenutab lillkapsa välimust.



IV st. (joon. 43) - a) vähk üleminekuga kusepõiele, mis tõestatud tsüstoskoopiliselt või fistli olemasoluga (põievariant); b) vähk üleminekuga rektumile (rektaalne variant); c) emakakaelavähk kaugmetastaasidega (metastaatilise variant).

Rahvusvahelise klassifikatsiooni järgi 1966. aastast on soovitatud kasutada TNM-i süsteemi.

T - esmane kasvaja:

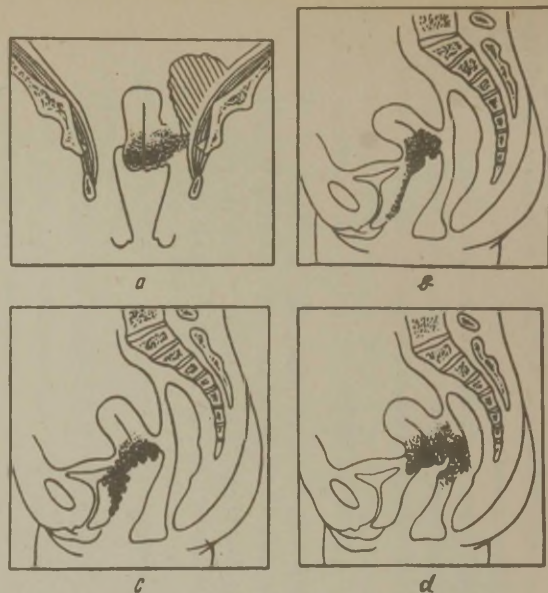
- T<sub>1s</sub> - preinvasiivne kartsinoom, nn. ca in situ;
- T<sub>1</sub> - vähk, mis piirdunud emakakaelaga;
- T<sub>1a</sub> - prekliiniline invasiivne kartsinoom (s. o. juhud, mis diagnoositi ainult histoloogiliselt);
- T<sub>1b</sub> - kliiniliselt invasiivne kartsinoom;
- T<sub>2</sub> - vähk levikuga väljapoole emakakaela piirkonda, kuid ei ulatu vaagna seinteni, või vähk, mis on kaasa haaranud tupe ilma selle alumise kolmandikuta;
- T<sub>2a</sub> - vähk, mis on kaasa haaranud tupe, kuid ei infiltreeru parameetriummisse;
- T<sub>2b</sub> - vähk, infiltreerunud parameetriummisse koos tupe kaasahaaramisega või ilma selleta;
- T<sub>3</sub> - vähk, mis on levinud tupe alumisele kolmandikule või ulatub vaagna seinteni (pole vaba ruumi kasvaja ja vaagna seina vahel);
- T<sub>4</sub> - vähk, mis on levinud väljapoole väikest vaagnat või on kaasa haaranud kusepõie või rektumi limaskestast (bulloosse turse olemasolu pole küllaldane selleks, et kasvajat arvata T<sub>4</sub>-sse).

N - regionaarsed lümfisõlmed:

- N<sub>x</sub> - vaagna lümfisõlmede seisundit pole võimalik hinnata, viimase järele võib lisada eemaldatud lümfisõlmede histoloogilise uuringu andmed N<sub>x-</sub> või N<sub>x+</sub> ;



Joon. 42. Emakakaelavähi kolmas staadium (skeem). Kasvaja infiltreerub laia kraatri kujuliselt parametriumisse kuni vaagna seinteni, tupe alumisele kolmandikule või metastaasidega väikse vaagna seinte piirkonda.



Joon. 43. Emakakaelavähi neljas staadium (skeem):

- kasvaja infiltreerub parametriumisse ja ulatub vaagna seinani, metastaasid suure lümfisõlmede konglomeraadina vasakul;
- kasvaja infiltreerub üle kogu tupe eesseina;
- infiltraat kasvab läbi kusepõie seina;
- infiltraat kasvab läbi pärasoole seina.

- $N_0$  - regionaarsete lümfisõlmede muutusi lümfograafiliselt ei leitud;
- $N_1$  - regionaarsete lümfisõlmede muutused lümfograafiliselt sedastatud;
- $N_2$  - palpeeritav mittenihtatav tihenemine vaagna seinal samaaegse vaba ruumi olemasoluga tihenenud ala ja esmaskasvaja vahel.

M - kaugmetastaasid:

- $M_0$  - kaugmetastaaside tunnused puuduvad;
- $M_1$  - esinevad kaugmetastaasid, arvates siia ka metastastaasidega lümfisõlmed, mis asuvad ühiste niudearterite bifurkatsioonist kõrgemal.

Jaotamine staadiumideks:

$M_0$  korral on jaotamine staadiumideks järgmine:

- I<sub>a</sub> st. -  $T_{1a} N_x$  ;
- I<sub>b</sub> st. -  $T_{1b} N_x$  ;
- II<sub>a</sub> st. -  $T_{2a} N_x$  ;
- II<sub>b</sub> st. -  $T_{2b} N_x$  ;
- III st. -  $T_3 N_x$  ;  $T_{1b} N_2$  ;  $T_{2a} N_2$  ;  $T_{2b} N_2$  .

Kategooria  $T_{1a} N_2$  puudub.  $M_1$  korral kuulub haigestumine IV staadiumi. IV staadiumi kuuluvad ka kasvajakasvaja, mis tähistatud  $T_4 N_x M_0$  .

5) D i a g n o s t i k a . Emakakaelavähi diagnostika haiguse väljakujunenud vormide korral ei põhjusta erilisi raskusi (eriti eksofüütse kasvaja puhul). Küll aga kohtame neid vähi algstaadiumis. Viimase korral tuleb arvesse võtta anamneesi, sümptomatoloogiat ja kliinilise uurimise andmeid tervikuna. Selleks on kõigepealt vajalik emakakaela ja tupe järelevaatatus peeglitega, bimanuaalne uurimine tupe ja pärasoole kaudu, kolposkoopia, eritiste tsü-



toloogiline uuring ja kaela kahtlaste kohtade histoloogiline uurimine. Sel teel saame kindlaks teha emakakaela limaskestast muutuste iseloomu, tema vaginaalsete ja supra-vaginaalsete osade tiheduse ja hüpertroofia. Tupe-pärasoolle uuring aitab õigesti määrata emakakaelavähi leviku staadiumi. Algstaadiumi kindlakstegemiseks kasutatakse veel abiproove. Kudede elastsuse proov (Hrobaki proov) seisneb emakakaela pealispinna kerges muljumises spaatli või nupuga sondiga. Vähi poolt läbikasvanud osas ei taasta instrumendi poolt muljutud ala oma kuju, vormi ja värvust nii kiiresti kui seal, kus on tegemist tervete elastsete kudedega. Jääb mulje kudede tihenemisest.

Kasutatavamaks diagnostiliseks abimeetodiks on Schilleri proov. See põhineb omadusel, et emakakaela limaskestast mittekahjustatud alad värvuvad Lygoli lahuga tumepruunjaks. Vähi poolt kahjustatud alad ei värvu ja näevad välja heledatena ümbritseva limaskestast tumedal foonil. See proov pole aga iseloomulik ainult vähile, sest ei värvu ka kaelakanali limaskest, paranev erosioon, armkude ega ka leukoplaakia.

Tsütoloogiline uurimine on üks väärtuslikumaid abimeetodeid emakakaelavähi diagnostikas. Materjali saamine ja preparaate valmistamine toimub mitmel viisil: a) eritise aspiratsioon tupe tagumise võlvi alalt, b) marlitampooniga emakakaela pühkides, c) puutepreparaadiga vähikahtlasest kohast, d) kahtlase ala punktsiooniga, e) pindmise kaape võtmisega, f) emakakaela loputusvedelikuga. Enamlevinud on pindmise kaape võtmine nüri metallspaatliga emakakaela pinnalt ja välissuudme alalt. Kaelakanali eritist saab hästi kätte klaaspiipetiga, mis on varustatud kummipallooniga eritise pipetti sisseimemiseks.

Viimastel aastatel on günekoloogilises praktikas võetud kasutusele luminesentsmikroskoopia. Viimane annab ülevaatliku pildi tsütoloogilisest preparaadist. Käsitsuse lihtsus ja preparaadi töötamise kiirus (1 - 3 min.) tõotavad selle tsütoloogilise meetodi perspektiivsust emakakaelavähi diagnostikas.

Kolposkoopia. Emakakaelavähi varase diagnostilise meetodi hulka kuulub ka kolposkoopia, mis võimaldab uurida emakakaela limaskestast seisundit. Esimene kolposkoop võeti kasutusele Hinselmanni poolt 1925. aastal, hiljem on seda korduvalt täiendatud, andes vaatepinna suurendusega 10 - 30 korda. Kolposkopeerimisel peetakse silmas limaskestast reljeefi, värvust ja defektide olemasolu, samuti pindmiste veresoonte seisundit. Vähikahtlaseks peetakse järgmisi kolposkoopilisi andmeid: a) valkjad või hallid paksenenud "leukoplaakilised" mõranemiste ja haavandumistega laigud; b) peennärsaline valkjas pind keerdunud atüüpiliste komakujuliste veresoontega; c) mosaigitaoline kollakashall pind, mis on jaotatud soonte võrguga "väljadeks". Kolposkoopilises pildis näeme väljakujunenud vähikasvaja korral kudede turset ja klaasja välimusega mügarjat pinda, millel võib leida keerdunud atüüpilise kujuga veresooni.

Histoloogiline meetod on olnud emakakaelavähi diagnoosimisel kõige tarvitavam ja kõige täpsem kõikide aegade vältel ja jääb selliseks ka tulevikus. Isegi kliiniliselt väljakujunenud emakakaelavähi korral on diagnoosi lõplikuks otsustamiseks vajalik kasvaja histoloogiline uuring, milleks võetakse biopsia konhotoomiga. Mõnikord on endofüütse vormi korral vajalik sügavam biopsia skalpelliga, vahel ei saa diagnoosida ilma emakakaelakanali välja-kaape uurimiseta. Viimane on oluline kaelakanalivähi kindlakstegemiseks.

Emakakaelavähi leviku astme määramiseks kasutatakse veel mitmesuguseid röntgenoloogilisi uurimisi: lümfograafiat, parietograafiat, pneumoperitoneumi, flebo- ja angiograafiat.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tulevad arvesse järgmised võimalused: emakakaela sarkoom - erineb kiire kasvupooldest, välimuselt veresoonterikas, sinakat värvust. lõpliku diagnoosi annab biopsia.

Emakakaela või kaelakanali haavanduv polüüp - peh-

mekonsistentsiline kitsal jalal asuv moodustis on vastandlik vähikasvajale, mis on kõvakonsistentsiline ja kasvab laial alusel. Diagnoos täpsustatakse kaelakanali väljakaape uurimisega.

Emakakaela hulgalised kondüloomid. Harilikult esinevad sel korral samasugused vohandid ka tupes ja välissuuguelundite limaskestal.

Tulevad arvesse veel süüfilis ja tuberkuloos. Emakakaela tuberkuloos võib kaasneda emakamanuste või endomeetriumi tuberkuloosile. Tuberkuloosel haavandil on uuritud servad ja hallikas ebatasane põhi. Diagnoos selgub eriuurimisega.

6) R a v i . Emakakaelavähi ravi, vastavalt näidustustele, võib olla kirurgiline, kiiritusravi või kombineeritud meetoditega (kirurgiline + kiiritusravi).

Ajaloolisest seisukohast oli esimene emakakaelavähi ravimeetod kirurgiline, mis seisnes emaka abdominaalses ekstirpatsioonis koos emakamanuste ja regionaarsete lümfisõlmedega - nimetatud ka Wertheimi operatsiooniks. Tänapäeva operatsioon, mida tehakse emakakaelavähi korral, erineb paljus sellest, mida on kirjeldatud Wertheimi poolt. Seetõttu oleks õigem nimetada seda operatsiooni emaka laiendatud ekstirpatsiooniks koos emakamanustega või laiendatud panhüsterektomiaks, mille puhul võetakse kaasa ülemine tupekolmandik, ümbritsevad parametraalsed koed ja ülespoole alad piki veresooni kuni paraaortaalse piirkonna kudedeni koos neis leiduvate regionaarsete lümfisõlmedega.

Operatsiooni laiaulatuslikkuse tõttu võib esineda ühistusi põies ja kusejuhades.

Kiiritusravi emakakaelavähi puhul võib kasutada kas iseseisva meetodina või ühe komponendina kombineeritud ravi.

Ühendatud kiiritusravi seisneb väikese vaagna välispidises distantskiirituses ja õõnesisesi kiirituses radioaktiivsete preparaatidega. Väliskiirituseks kasutatakse röntgenraviaparaate ja gammaseadeldisi. Õõnesiseseks kiirituseks



sobivad raadiumi ja radioaktiivse koobalti preparaadid. Väliskiiirituse doos emakakaelavähi II st. korral väikese vaagna piirkonda on summaarselt 10 000 r, III st. puhul 12 000 - 14 000 r. Raadiumravi doos punktile A on keskmiselt 6000 - 8000 r, punktile B 2000 - 2500 r.

Emakakaelavähi kiiritusraviga võivad kaasneda tüsistustena kohalikud ja üldised reaktsioonid. Peaaegu alati võime leida tupe limaskesta reaktsiooni õnesisesel ravil, kuid see raskendab harva haigete üldseisundit. Kiiritusväljade piirkonnas esineb röntgenteraapia puhul sagedamini naha reaktsioon. Intensiivsema reaktsiooni korral võivad neis kohtades tekkida hiliskahjustused kudede skleroosi ja teleangiektasiate näol, mille foonil arenevad kiiritushaavandid. Kõige sagedamini kohtame tüsistusi emakakaelavähi kiiritusravi käigus kusepõiel ja rektumil tsüstiitide ja rektiitidena. Neil kordadel aitab kiirituse katkestamine ja sümptomaatiline ravi tüsistusi kiiresti likvideerida.

Kombineeritud ravimeetodi korral võib kasutada väliskiiiritust kas enne või pärast operatsiooni, mõnede autorite arvates nii enne kui ka pärast lõikust. Operatsioonijärgset kiiritust antakse umbes 2 - 3 nädala pärast peale lõikust, sõltuvalt haige üldseisundist.

Emakakaelavähi I staadiumi puhul kasutatakse niihästi ühendatud kiiritusravi kui ka kombineeritud ravi. Operatsioon järgneva kiiritusraviga on põhiliselt näidustatud: a) kaasnevate emakamanuste piirdunud mädapõletikuliste protsesside puhul; b) emakamanuste kasvajate ja emaka fibromüoomide olemasolul; c) raseduse kaasnemisel; d) emakakaelavähi adenogeense struktuuri puhul; e) vastumäistustuste korral kiiritusraviks vere seisundi ja kaasnevate haiguste tõttu; f) kasvaja väikese ulatuse puhul.

Ühendatud kiiritusravi on soovitatav vanematele haigetele ja neile, kellel kaasnevad orgaanilised haigused südame-veresoonkonnas tingivad suure riisiko operatsioonil. Ka tugev üldine rasvumine koos südame patoloogiaga on vastunäidustus lõikuseks. Kiiritusravi võimalus jääb ka haige operatsioonist keeldumisel.

II staadiumi korral on sobivaim ravimeetod ühendatud kiiritusravi. Haiguse emakavariandi puhul soovitatakse kombineeritud ravi.

III staadiumis emakakaelavähi parametraalse ja tupevariandi korral kasutatakse eranditult ühendatud kiiritusravi. Ainult isoleeritud metastaatilise variandi puhul on lubatud kombineeritud meetod: operatsioonieelne kiiritusravi, järgnevalt operatsioon ning vajadusel operatsioonijärgne kiiritus.

IV staadiumis võib kiiritusravi arvesse tulle palliatiivsel eesmärgil väliskiirituse näol. Põhiline on siin ainult sümptomaatiline ravi.

Prognosis on soodne haiguse algstaadiumides. Paremaid tulemusi on saadud I staadiumis - 85 %, II staadiumis 50 - 75 % ja III staadiumis 30 - 50 % viieaastast eluvistumist.

Kõik emakakaelavähiga ravil olnud haiged peavad kogu aeg süstemaatiliselt dispansseersel kontrollil. Need haiged tuleb vabastada raskest füüsilisest tööst. Suguelu on lubatud peale ravi lõppemist 2 kuu pärast, juhul kui puuduvad tüsistused.

Emakakaela kõndi vähki peale supravaginaalset amputatsiooni esineb emakakaelavähiga haigete seas A.I.Serebrovi järgi keskmiselt 1,4 %, kõikumisega 0,6 - 2,5 %. Seejuures võis vähk esineda juba enne supravaginaalset amputatsiooni või tekkis varsti hiljem. Emakakaela kõndi vähi profülaktikaks soovitatakse seetõttu hoolikat emakamüoomidega haigete uurimist enne ravi algust ja ka nende hilisemat süstemaatilist jälgimist.

Levinumaks ravimeetodiks emakakaela kõndi vähi korral on kiiritusravi.

#### IV. EMAKAKEHAVÄHK (Carcinoma corporis uteri)

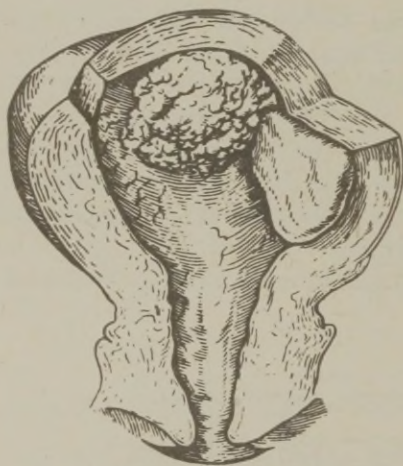
Emakakehavähk on naiste suguelundite vähi teiste lokaliseerimiste seas kolmandal kohal. Selle esinemissa-

gedus on 5 - 10 %, kusjuures haigestuvad naised peamiselt 50 - 60 a. vanuses.

Emakakehavähi tekkimist seostatakse hormonaalse tasakaalu muutustega naise organismis östrogeenide ülekaalu suunas. Algul põhjustab see proliferatiivseid protsesse endomeetriumis, hiljem vähi arengut. Seda tõestab menstruaaltsükli hiline lakkamine ja sagedane emakafibromüoomi ja emakakehavähi üheaegne esinemine, mis ilmneb ka östrogeenide kõrgenenud väärtuste toimet. T.P. Aleinikova andmetel on müoome leitud emakakehavähi korral 30 - 40 % juhtudest. Maksa funktsiooni puudulikkuse korral esineb östrogeenide väärtuste kõrgenemine. Emakakehavähiga haigetel on kalduvus rasvumisele ja suhkurtõvele, samuti varasele südame ja aju veresoonte skleroosile.

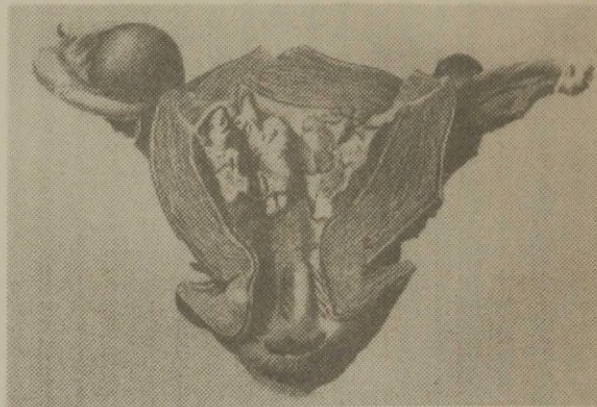
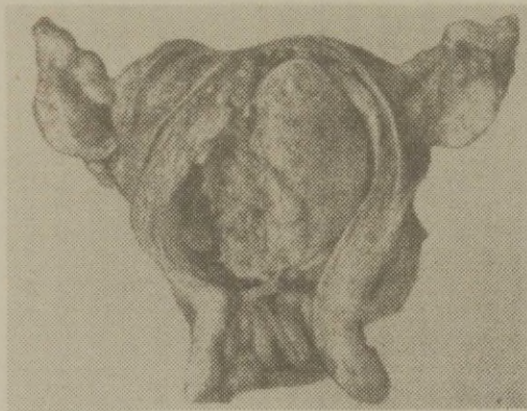
Emakakeha vähielsetest seisunditest on räägitud eespool.

1) Patoloogiline anatoomia. Emakakehavähi korral esineb sagedamini kasvaja eksofüütne vorm (joon. 44), sellele kaasneb hiljem endofüütne levik ja kasvaja infiltreerub seina musklikehti (joon. 45). Ena-



Joon. 44. Emakakehavähi eksofüütne, sõlmjas vorm.





Joon. 45. Emakakehavähk (endomeetriumis), Joon. 46. Emakakehavähk, üks sagedamini esine-  
difuusne vorm. vaid haiguspilte (preparaat).

mikul juhtudest areneb kasvaja emaka põhjas. Histoloogiliselt esineb sagedamini vähi näärmeline vorm (joon. 46).

2) K l i i n i l i n e   p i l t . Kõige varasemaks emakakehavähi sümptoomiks tuleb lugeda valgetevoolust, mis on mõnikord ka pruunja või kollakasrohelise alatooniga, vesise iseloomuga. Paljud naised ei pööra sellele erilist tähelepanu ja alles veritsuse tekkimisel emakaõõnest pöörduvad arsti poole. S.A. Apetovi järgi on veritsemist täheldatud 85 - 87 % emakakehavähi haigusjuhtudest. Kõige iseloomulikum emakakehavähile on veriste eritiste ilmumine postmenopausaalses perioodis. Mõnedel on tekkinud see füüsilise pingutuse järel. Osa haigeid kaebab ka valusid allkõhus. Enamikul tekivad valukaebused alles haiguse hilisemal perioodil, peale emakaseinte tunduvalt laienemist kasvajasest vohamisest, eriti aga kasvaja ülemineku korral naaberorganitele.

Hoovalud allkõhus emakakehavähi puhul tekivad eritiste emakaõõnest äravoolu takistuse korral. Seda võib esineda emakakeha ebaõige asendi puhul, samuti kaelakanali umbumisel kasvajasest. Kui kasvajaseline protsess on emakalt üle läinud soolelingudele, siis võib tekkida ileuse pilt.

Tihti kaebavad emakakehavähiga haiged ka sügelemist välissuguelundites, eriti aga kaasneva diabeedi korral.

3) D i a g n o s t i k a . Emakakehavähi diagnoos põhineb anamneesi ja objektiivse uurimise andmetel. Postmenopausaalses perioodis olevatel naistel räägivad emakakehavähi tekkimisest vereeritiste ilmumine, emaka suurenemine ja selle ebaühtlane konsistents, mõnikord pehmenemine. Menstruaaltsükli sätimisel viitavad need sümptoomid vähi kahtlusele, ehkki võib tegemist olla ka teiste haigustega.

Haiguse kindlakstegemiseks uuritakse emakaõõne sisu tsütoloogiliselt. Materjali selleks saab Brauni süstlaga aspireerimisel. Emakaõõne limaskestast välist seisundit, kasvajasest kolde lokaliseerimist ja ulatust aitab välja selgitada hüsteroograafia (hüsterosalpingograafia). Hüsterograafia, andes ettekujutuse emakaõõne suurusest ja kasvaja

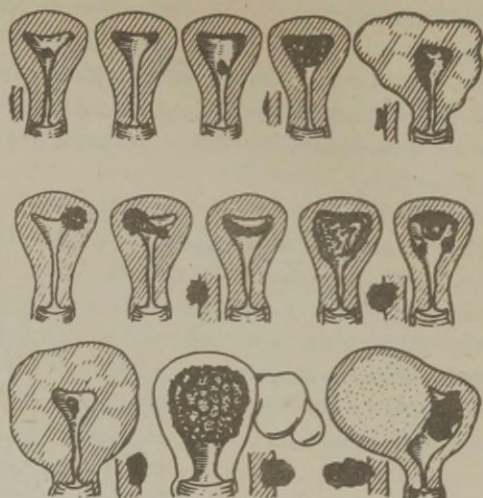
lokalisatsioonist, võimaldab emakakehävähki õonesiseseks kiiritusraviks vajalike radioaktiivsete preparaatide väljaarvestamist.

Emakakehävähki tuleb diferentseerida ka emaka vähieelsetest seisunditest. Enamikul juhtudest otsustatakse lõplik diagnoos emakaõõne väljakaape histoloogilise uurin-gu alusel.

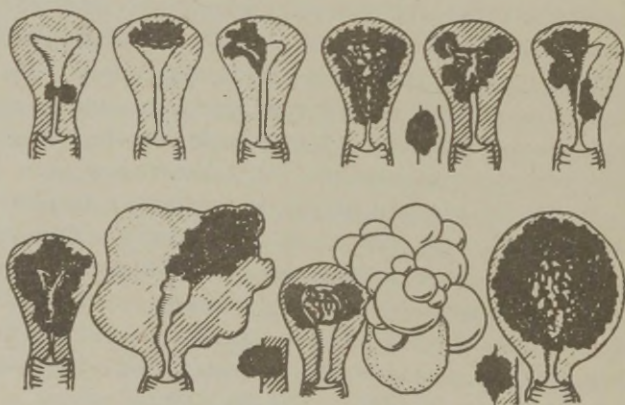
Diagnostiline abrasioon on näidustatud igasuguse eritise esinemisel emakaõõnest postmenopausaalses perioodis, eriti aga vereseguse koostise korral. Samuti tuleb seda teha vere esinemisel kuuriiete vaheperioodil või ka menstruatsiooni pikenemise või lühenemise juhtudel. Pole õige veritsemise sümptoomi pidada avastatud müoomist tingituks, mitte tehes diagnostilist uuringut emakakeha pa-haloomulise kasvaja olemasolu või puudumise kindlaksmääramiseks. Et mitte eksida kasvaja asukoha määramisega, tuleb esiteks võtta kaabe emakakaelakanalist ja alles see-järel emakaõõnest. Kui saame tüüpilist vähikaabet juba esimestel tõmmetel küllaldaselt hulgal, siis abraseerimine katkestatakse. Selleks aga, et välja selgitada vähese ula-tusega algavat vähikollet, tuleb väljakaapimist teha süs-teemikindlalt kõikidelt emakaseina osadelt. Enne abrasioo-ni alustamist mõõta ka emakaõõne pikkust. Mõnikord on his-toloogilise uuringu vastus ekslikult negatiivne. See võib juhtuda kasvaja pindmise nekroosi puhul või olla tingitud ka emakaõõne deformatsioonidest müoomisõlmede olemasolul, mis võis takistada korralikku väljapuhastamist.

Protsessi ulatuse kindlakstegemine ei õnnestu ala-ti enne operatsiooni. Teatud määral annavad lisaandmeid hüsterograafia ja otsene lümfograafia. Selleks et võimal-dada võrdlevate andmete saamist, tõttati 1950. a. NSV Liidus välja vähiprotsessi ulatuse määramiseks klassifikatsi-on, mis põhineb protsessi kliiniliselt määratletavale ana-toomilisele levikule (joon. 47, 48, 49).

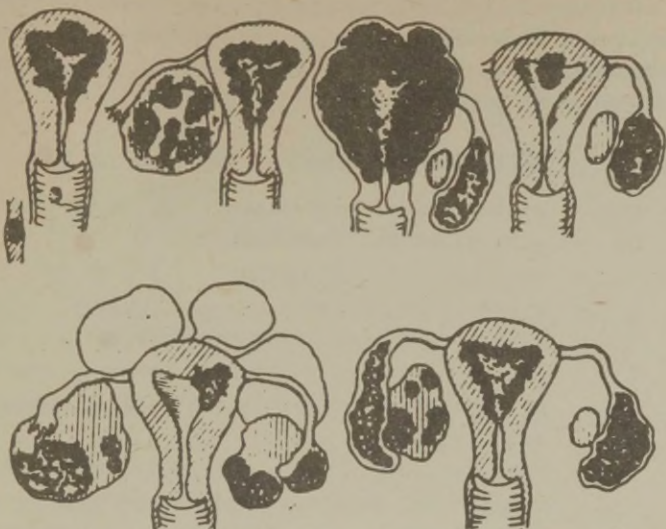




Joon. 47. Emakakehävähk, asetusega pindmiselt või läbikasvamisega mitte enam kui poole emaka seinu ulatuses (Schröderi järgi).



Joon. 48. Emakakehävähk, mis on infiltreerunud juba sügavamale müomeetriumi osadesse või ulatub isegi peritoneumini (Schröderi järgi).



Joon. 49. Emakakehavähk metastaasidega tuppe, munasarjadesse ja munajuhadesse (Schröderi järgi).

#### 4) K l a s s i f i k a t s i o o n .

I staadium - vähiprotsess piirdub endomeetriumiga.

II staadium - emakakehavähk infiltratsiooniga müomeetriumisse; b) emakakehavähk infiltratsiooniga parameetriumisse ühe- või mõlemapoolselt, ilma üleminekuta väikse vaagna seinale; c) emakakehavähk üleminekuga emakakaelale.

III staadium - a) emakakehavähk infiltratsiooniga parameetriumisse ühe- või mõlemapoolselt, üleminekuga vaagna seinale; b) emakakehavähk metastaasidega regionaarsestesse lümfisõlmedesse, munasarjadesse, tuppe; c) emakakehavähk invasiooniga kõhukelmele, ilma lähedal asuvaid organeid kaasa haaramata.

IV staadium - a) emakakehavähk invasiooniga kõhukelmele ja üleminekuga kusepõiele, rektumile või soolestiku teistele osadele; b) emakakehavähk kaugmetastaasidega.

Rahvusvahelise vähivastase liidu erikomitee poolt on soovitatud klassifikatsioonis kasutada TNM-i süsteemi, kuid staadiumidesse jaotamist pole praeguseni veel vastu võetud.

**T - esmane kasvaja:**

- $T_{1s}$  - preinvasiivne kartsinoom, nn. ca in situ;
- $T_1$  - vähk piirdunud emakakehaga;
- $T_{1a}$  - emakaõõs pole laienenud;
- $T_{1b}$  - emakaõõs laienenud;
- $T_2$  - vähk, mis haarab kaasa emakakaela;
- $T_3$  - vähk üleminekuga väljapoole emakat, kaasa arvatud tupele. Kasvaja jääb väikse vaagna piirkonda;
- $T_4$  - vähk, mis on levinud väljapoole väikest vaagnat või läbi kasvanud kusepõie või rekumi limaskestasse. Bulloosse turse olemasolu pole küllaldane kasvaja hindamiseks  $T_4$ -sse.

**N - regionaarsed lümfisõlmed:**

- $N_x$  - neil kordadel, kui vaagna lümfisõlmede seisundit pole võimalik hinnata, tuleb kasutada  $N_x$ , millist võib täiendada histoloogilise uurimise andmetega:  $N_{x-}$  või  $N_{x+}$ ;
- $N_0$  - lümfograafias regionaarsetes lümfisõlmedes muutused puuduvad;
- $N_1$  - lümfograafias sedastatud regionaarsetes lümfisõlmedes muutusi.

**M - kaugmetastaasid:**

- $M_0$  - kaugmetastaaside tunnuseid ei ole;
- $M_1$  - esinevad kaugmetastaasid, kaasa arvatud metastaasid kubeme lümfisõlmedes.



G - jaotus rakkude diferentseerumise  
astme järgi:

- G<sub>1</sub> - kasvaja kõrge rakkude diferentseerumise astmega;
- G<sub>2</sub> - kasvaja keskmise rakkude diferentseerumise astmega;
- G<sub>3</sub> - anaplastiline kasvaja.

5) R a v i . Emakakehävähiga haigete ravi võib olla kirurgiliste, kombineeritud või kiiritusmeetoditega. Viimastel aastatel lisanduvad siia kemo- ja hormoonteraapia.

Ajalooliselt oli esimeseks radikaalseks ravimeetodiks emaka eksstirpatsioon koos emakamanustega, mida teostati kas vaginaalselt või abdominaalsel teel. Hilisematel aastatel soovitatavad paljud autorid (L.A. Novikova, J.V. Bochman jt.) teha abdominaalsel teel põhiliselt laiendatud emaka eksstirpatsiooni koos emakamanustega ja regioonarsete metastaaside eemaldamisega. Alati tuleb arvestada haigete üldseisundit, nende vastupidamist operatsioonile. A.I. Serebrov peab võimalikuks vanadele ja nõrgenenud naistele haiguse algstaadiumis isegi ainult supravaginaalset amputatsiooni. Kuna viimastel juhtudel tervistumist on täheldatud ainult 33 %-l haigetest, siis oleks otstarbekam neid ravida kiiritusmeetoditega.

Lisaks operatsioonile on emakakehävähiga haigetele juba käesoleva sajandi teisest aastakümnest hakatud andma operatsioonijärgset kiiritusravi, mida käesoleval ajal tehakse peaaegu alati.

Kombineeritud ravimeetod emakakehävähil puhul omab, võrreldes ühendatud kiiritusraviga, eeliseid. Nii pole välikiiritus emakaseinte lihaste suhtelise paksuse tõttu küllaldane vähiprotsessi likvideerimiseks. Ka võib esineda tehnilisi raskusi radioaktiivsete preparaatide vahetuks viimiseks kasvajale õonesisesel ravil. Peale selle võib vähi mõnede vormide puhul (näärmeline ehitus) täheldada vähest tundlikkust kiiritusele.

Seetõttu on ainult ühendatud kiiritusravi soovitatud kasutada siis, kui esinevad vastunäidustused operatiivsele vahelesegamisele.

Emakakehavähi I staadiumi puhul on näidustatud laiendatud emaka eksstirpatsioon koos emakamanustega (eriti haigetele nooremas ja keskmises eas) ja hiljem järelkiirituse ravikuur, mida teostatakse samasuguse metoodika järgi nagu emakakaelavähi korral.

II staadiumis, kui protsess pole infiltreerunud parameetriumisse, on ravi samasugune kui I staadiumi korral. Parametraalse variandi puhul tuleb ravi alustada väliskiiritusega. Kui seejärel parameetriumist infiltraat kaob, tehakse laiendatud emaka eksstirpatsioon koos emakamanustega. Operatsioonile vastunäidustuste korral viiakse läbi ühendatud kiiritusravi (õõnesiseselt radioaktiivsed preparaadid väikse vaagna täiendava distantiskiiritusega).

Emakakehavähi III staadiumis on näidustatud ühendatud kiiritusravi. Kombineeritud ravi tuleb siin kõne alla ainult regionaarse metastaatilise variandi puhul või isoleeritud protsessiga munasarjades.

IV haigusstaadiumis - sümptomaatiline ravi.

Prognos emakakehavähi korral on kahtlane. Kaugtagajärjed sõltuvad kasvaja seisundist ravi alguses. Grahmi järgi saavutati I staadiumi puhul peale kirurgilist ravi 70% tervistumist, peale kombineeritud ravi - s. o. eelkiiritus järgneva hüsterektoomiaga - 64 %. Kiiritusravi andis I staadiumis tervistumist 46 %, aga neil juhtudel, kus protsess oli läinud väljapoole emakat - 11 %. Üldiselt arvestatakse viieaastast tervistumist mitmete autorite järgi 50-60 %.

Retsidiivide teket võib täheldada harilikult pärast 6. kuud peale ravi lõppemist, kusjuures nende lokalisatsioon sõltub läbiviidud ravi iseloomust. Umbes 85 % emakakehavähi retsidiividest tekivad esimese 3 aasta jooksul, 15 % - peale 3 aastat ja 10 % peale 5 aastat. Mida varem avastatakse retsidiiv, seda rohkem šansse on selle edukaks raviks, kuigi mõnikord kas või ainult palliatiivsel eesmärgil.

Viimase 10 aasta vältel on emakakehävähi ravis erilise koha võitnud üldtoime iseloomuga hormoonteraapia. Seda kasutatakse teiste ravimeetodite juures lisaravina, esijoones aga kaugele arenenud juhtude puhul. Kasutatakse androgeenseid preparaate (testosteroonpropionaat, metüültestosteroon) või progesterooni. NSVL MTA eksperimentaalse ja kliinilise onkoloogia instituudis on saadud 17-oksüprogesteroonkapronaadi kasutamisel efekti 25 % juhtudest, eriti just kopsu-metastaaside korral.

Emakakehävähi profülaktikas on tähtis koht vähieelsete seisundite ratsionaalsel ravil, eriti endomeetriumi proliferatiivsete protsesside puhul. Vajadusel kasutada siin ka õigeaegset emaka eksstirpatsiooni.

#### V. EMAKASARKOOM (sarcoma uteri)

Emakasarkoom esineb suhteliselt harva, seda võib kohata naistel igas vanuses, rohkem aga 40 - 50 aasta vanustel, V.F. Vamberski järgi 1,8 - 7,8 % kõikidest teistest emakasvajatest. Umbes pooltel emakasarkoomiga haigetest esinevad emakamüoomid. 60 - 90 % emakasarkoomidest arenevad emakakehas. Sagedamini kasvab emakakeha sarkoom difuusselt, harvem on tal polüpoosne või sõlmjas kuju. Histoloogilise ehituse järgi eristame fibrosarkoome, ümarrakulisi, käävrakulisi ja polümorfsete rakkudega emakasarkoome.

Kliiniline pilt haiguse algfaasis on väga sümptoomidevaene. Emakasarkoomid, mis lähtuvad endomeetriumist või kasvavad läbi emakaõõnde, annavad samu sümptome mis vähahaiguse korral - valgetevoolus, veritsemine ja valu. Sarkoom, mis aga areneb emakaseinas, müomatoosses sõlmes või seroosse kihi all, jääb kauemaks ajaks märkamata. Alles kasvaja suurte mõõtmete puhul tekivad valud. Emakasarkoomi kõige iseloomulikumaks tunnuseks on kiire kasv ja varajane metastaseerumine nii vere- kui ka lümfiteede kaudu (kopsudesse, maksa, luudesse). Tsütoloogilised uuringud emaka



eritistest, samuti histoloogilised uuringud emakaõõne kaa-  
pest võivad anda positiivse vastuse endomeetriumi sarkoomi  
korral või subseroossete sõlmede läbikasvamisel.

Emakasarkoomi diagnoosimine on raske. Seda võib kaht-  
lustada "fibromüoomsete" sõlmede kiire kasvu korral, eriti  
kui samaaegselt esineb haige üldseisundi halvenemine, anee-  
mia teke ja kiirenenud SR.

Ravi emakasarkoomi korral on esimeses etapis kirur-  
giline - laiendatud emaka eksstirpatsioon koos emakama-  
nustega. Sellele järgneb väliskiiritusravi. Täpne diagnoos  
selgub aga üle pooltel haigetest peale operatsiooni. Mit-  
teopereeritavate juhtude puhul kasutatakse kiiritusravi.  
Prognos halb.

## VI. KOORIONEPITELIOOM (chorionepithelioma)

Koorionepitelioomi esineb suhteliselt harva - 2%  
kõikidest pahaloomulistest naiste suguelundite kasvajatest.  
Haigus esineb naistel noores eas, koorionepitelioomiga hai-  
gete keskmine vanus on 30 - 33 aastat.

Koorionepitelioom areneb koorioni epiteliaalsetest  
rakkudest ja lokaliseerub emakakehas, mõnikord ka munaju-  
hades, emakakaelas või ääretult harva munasarjades. Koori-  
onepitelioomi tekkimist on seostatud ka raseduse patoloogi-  
iaga. Kõige enam areneb selline kasvaja peale patoloogi-  
list rasedust, mis on tüsistunud põismooliga (40 - 60 %),  
harvemini tekib peale aborte või normaalseid sünnitusi.  
Kasvaja on tumepunase värvusega, pehmekonsistentsiline ja  
kergelt veritsev.

Euroopa maades leidub koorionepitelioome suhteli-  
selt vähe, seevastu mõnedes Aasia maades (näit. Jaapanis)  
võib seda haigust kohata palju kordi sagedamini (seal on  
ka põismool suure esinemissagedusega).

1) K l i i n i l i n e p i l t . Koorionepiteli-  
oomi tekkimist on enamikul juhtudel täheldatud esimese aas-



Joon. 50. Koorioneepiteliom.



Joon. 51. Emaka istmuseosast lähtunud  
koorioneepiteliom.

ta vältel peale viimast rasedust. Peamiseks emaka koorionepitelioomi sümptomiks on mitmesuguse intensiivsusega ja kestvusega emakaverejooksud, sagedamini tupepunase värvusega eritise näol. Korduvad verejooksud mõjuvad haigele kurnavalt ja põhjustavad aneemiat. Kui aga kasvaja areneb emakaseina sisesi ja pole läbi kasvanud emakaõõnde, siis emakaverejookse ei pruugi esineda. Neil kordadel haigus ilmneb haige üldseisundi halvenemisega, süveneb üldine nõrkus, tekivad külmavärinad ja subfebriliisus.

Haige günekoloogilisel uurimisel võib leida tupe ja emakakaela limaskestast tsüanoosi. Palpatsioonil täheldatakse koorionepitelioomist kahjustatud emaka ebakorrapärase suurenemist koos väljaulatuvate pehmekonsistentsiliste sõlmedega.

Koorionepitelioom annab varakult hematogeenseid ja lümfogeenseid metastase. Kõige sagedasemad on metastaasid kopsu, tupe seina ja parameetriumi. Metastaasid kopsus on mõlemapoolsed, tavaliselt hulgalised ja tihti avastatakse nad röntgenoloogilisel uurimisel enne nende kliinilist avaldumist. Kollete suurenemisega kopsus tekib kõha vereeritise ja hingeldus.

Veritsemine suguelundeist võib esineda ka tupes paiknevatest koorionepitelioomi metastaasidest. Need on tumesinaka värvusega mitmesuguse suurusega sõlmekesed, mis paiknevad peamiselt tupe sissekäigu juures, piki tupe esiseina ja tagumises võlvis. Teiselt poolt, kui koorionepitelioomi algkolle asub subseroosselt ja murrab läbi kõhuõõnde, siis tekib verejooks kõhuõõne sisesi vastava kliinilise pildiga, mis sarnaneb emakavälisele rasedusele. Tekib tüüpiline valusümptom. Ka sõlmede intraligamentaarse asetuse juures esinevad valud. Valu võib täheldada veel metastaasidest, mis annavad mitmesuguseid tüsistusnähte.

2) D i a g n o s t i k a . Korduvad verejooksud välissuguelunditest samasagse emaka mõõtmete suurenemisega peale aborti, sünnitust või rasedust, mis tüsistunud põis-  
mooliga, annavad põhjust mõelda koorionepitelioomi olemas-



olule. Haiguse diagnoosimisel tuleb arvestada kliinilise uurimise andmeid, Aschheimi-Zondeki bioloogilist reaktsiooni, kaape histoloogilist pilti ja teisi abiuuringute tulemusi. Koorionepitelioomi diagnoosimise üheks väärtuslikumaks meetodiks on bioloogilise raseduse reaktsioon, mis põhineb kooriongonadotroopse hormooni rikkalikule hulgale nende haigete uriinis. Koorionepitelioomi korral on reaktsioon kooriongonadotropiinile positiivne niihästi haigelt saadud uriinis kui ka selle lahjendustes. Diagnostiliseks abimeetodiks on emakaõõne eritise tsütoloogiline uuring.

Emakaõõne diagnostilise abrasiooni histoloogiline uurimine kinnitab sageli koorionepitelioomi esinemist. Kui aga kasvaja asetseb sügavamal emaka lihaskihis ja pole limaskestast läbi murdunud, siis võime kaape uurimisel saada ka negatiivse vastuse.

Tuleb silmas pidada, et diagnostiline emakaõõne väljapuhastamine koorionepitelioomi korral võib halvasti mõjuda haiguse kulgemisele ja soodustada kasvaja metastaseerumist. Seepärast soovitatakse paljude autorite poolt (L.A. Novikova jt.) hoiduda diagnostilisest abrasioonist, kui kliinilised andmed ja uuring kooriongonadotropiinile näitavad koorionepitelioomi esinemise võimalust.

3) R a v i . Koorionepitelioomiga haigete raviks kasutada kemoterapiat, operatsiooni või kiiritusravi. Kuini viimase ajani, kui protsess ei olnud generaliseerunud, peeti kirurgilist ravi põhiliseks meetodiks. Kemoterapiat kasutatakse koorionepitelioomi (või teiste trofoblastiliste kasvajate) korral nii iseseisva ravimeetodina kui ka ühe lülina kompleksravis. Tänapäeval peetakse võimalikuks piirduda ainult kemoterapiaga, kui operatsiooniks pole vältimatuid näidustusi. Seda eriti noorte ja keskealiste naiste juures, kellel tahetakse säilitada generatiivset funktsiooni.

Operatiivse ravi näidustused emaka koorionepitelioomi puhul on järgmised: tugev verejooks (sisemine või vä-

limine), valud allkõhus (ähvardav kasvaja perforatsioon), ägeda kõhu sümptoomid (perforatsioonist või munasarjatsüsti keerdumisest), emaka suured mõõtmed (nagu 12. rasedusnädalal), kasutatud kemoterapia ebaefektiivsus ja tüsistuste tekkimine.

Ravimeetodi valikul tuleb arvestada protsessi ulatust, kliinilise pildi iseärasusi, haige vanust ja üldseisundit.

Antimetaboliitidest on kõige tunnustatum metatreksaat. Samast grupist peetakse aktiivseks preparaadiks ka 6-merkaptopuriini. Kasvajavastastest antibiootikumidest on efektiivsemad aktinomütsiin D, krüsomalliin, rubomütsiin ja olivomütsiin.

Brinevaid ravipreparaate võib kasutada kombinatsioonis, arvesse võttes nende poolt põhjustatud kõrvaltoimeid. Metatreksaadi kasutamisel on põhimiseks tüsistuseks seedetrakti limaskestast häired, mis väljenduvad iivelduses, oksendamises, aftoosse stomatiidi tekkes, kõhulahtisuses ja kõhuvaludes. Rubomütsiin ja 6-merkaptopuriin kahjustavad luuüdi funktsiooni, mille tulemusena võib areneda leukopeenia ja trombotsütopeenia.

NSVL MTA eksperimentaalse ja kliinilise meditsiini instituudis kasutatakse koorioneepitelioomiga haigete kemoterapias kahte-kolme ravipreparaati ühendatult järjestikuste kuuridena (krüsomalliin ja 6-merkaptopuriin, rubomütsiini ja metatreksaat jne.).

Lisaravimeetodina tuleb arvesse kiiritusravi, mis on näidustatud koorioneepitelioomi metastaaside korral parameetriumis (gammakiiritus) või tuppe (õõnesisene kiiritus).

Hormoonravi on näidustatud luteiintsüstide korral. Viimaste likvideerimiseks kasutatakse androgeenseid preparaate kuni tulemuste saavutamiseni.

Kogu ravi käigus kontrollitakse süstemaatiliselt haiguse kulgu ja objektiivseid näitajaid (hormonaalsed rasedusreaktsioonid, kopsude röntgenoskoopiline uuring, angiograafia jne.). Ainult kemoterapia abil tervistunud

haigetel taastub menstruatsioonitsükkel ja tekib rasestusvõimalus selle normaalse kulgemise ja sünnitusega.

Emaka koorionepitelioomi ravis on saadud kemoterapeutiliste preparaatidega kliinilist efekti 50 - 74 %-l haigetest ja kliinilist tervistumist 40%-l juhtudest. Viimastest osa nooremaid naisi on edukalt sünnitanud.

Proгноos sõltub protsessi ulatusest ravi alguses. Metastaaside puhul on ravitulemused halvemad.

## VII. MUNAJUHAVÄHK (*carcinoma tubae uterina*)

Võrreldes naiste suguelundite teiste vähikasvajatega, esineb munajuhavähki 0,5 - 1 %. Sagedamini kohtab teda 40 - 50 aasta vanuses eas. On tähele pandud, et vähi tekkimisel esinevad eelnevalt munajuhades pikaldaselt kulgevad kroonilised põletikud. Ka munajuhade papilloomid võivad olla vähieelseks seisundiks. Esmane vähk areneb peamiselt munajuha limaskestast abdominaalses osas või keskmises kolmandikus. Mikroskoopiliselt sagedamini esinev on papillaarse-soliidse struktuuriga vähk.

Munajuha vähikasvaja mõõtmed on väga varieeruvad - vähesest paksenemisest kuni mitmekümnesentimeetrise läbimõõdnuni. Kujult on need pirnitaolised, vorstikujulised või ebakorrapärase vormiga kasvaja. Konsistentsilt on nad tihed- elastsed, ebaühtlased: kõvemate alade lähedal pehmenenud kolded, kusjuures sile pind võib vahelduda mügarustega. Eristatakse 2 munajuhavähi makroskoopilist vormi: a) sõlmjas vorm, kus esineb ainult üks kasvajaaline sõlm; b) difuusne vorm hulgaliste sõlmmedega. Kasvaja levik toimub piki munajuha ja ka naaberorganitele. Metastaase leidub esijoones paraaortalsetes lümfisõlmmedes.

1) K l i i n i l i n e p i l t . Peamisteks sümptomideks on rikkalikud kollakad või pruunjad eritised. Nende rohkus äratav haigete tähelepanu, kusjuures eritise hulk võib varieeruda. Kui munajuhakasvaja korral juha ema-



kapoolne suue on lahti, siis eritise väljapääs on vaba. Selle sulgumisel täheldatakse hoovalusid allkõhus, millele järgneva eritise väljumise peale valud vähenevad. Munajuha emakapoolne suue võib ka püsivalt umbunud olla, mis puhul peamiseks sümptomiks on püsiva iseloomuga või hoo-kaupa ägenevad valud. Kasvaja lõhkemisel ja sisu pääsemisel kõhuõõnde tekib "ägeda kõhu" kliiniline pilt. Üldse 2/3 antud kasvajaga haigetest kaebavad valusid allkõhus.

Diagnoos pannakse eespool mainitud sümptomide ja objektiivse uurimise leiu põhjal. Seejuures leitakse bimanuaalsel järelevaatusel munasarjade piirkonnas mitmesuguse kujuga ja tihe-elastse konsistentsiga uudismoodustis. Paksemate kõhukatete korral ja ka juhtudel, kui munajuha asetseb tihedalt vastu emakaseina, pole kasvaja avastamine võimalik. Mõningal juhul võimaldab diagnoosi eritise tsütoloogiline uurimine. Kuid isegi siis, kui munasarju pole võimalik palpeerida ja siiski esinevad eespool mainitud sümptomid kaape uuringu negatiivse vastuse puhul, tuleb kahtlustada munajuhavähki. Lõpliku selguse saame laparotoomiaga.

2) R a v i . Munajuhavähi ravi on kombineeritud - operatsioon ja väliskiiritus. Kaugele arenenud juhtudel kemoterapia. Operatsioonivariante on kolm: ainult emakamanuste eemaldamine (exstirpatio adnexibus), nende eemaldamine koos emaka supravaginaalse amputatsiooniga (amputatio uteri supravaginalis cum adnexibus) või emaka eksstirpatsioon koos emakamanustega (exstirpatio uteri cum adnexibus). Kuna kasvajalisest protsessist võib olla haaratud ka emakakael, siis eelistatavam variant on emaka eksstirpatsioon koos emakamanustega. Haiguse laiaulatuslikkuse puhul kasutatakse lisaks operatsioonile kemoterapiat, mõningal puhul ainult kemoterapiat. Munajuhavähi kiire leviku tõttu ja ka hilinenud avastamise pärast on prognoos halb. Haiguse varajase avastamisega saaks kaugtagajärgi parandada, kuid tänini on saadud püsivat tervistumist ainult 4 - 6 %-l ravituist. Et vältida diagnoosimise hilinemist, tuleb va-

rem opereerida kõiki haigeid, kellel on ebaselge iseloomuga kasvaja emakamanuste piirkonnas, eriti peale 40 a. vanust. Mitmesuguste sisemiste suguorganite operatsioonide korral tuleb naistel eemaldada ka munajuhad. Kui emakamanuste piirkonnas on tunda kasvajat ja esinevad vereeritised, ilma et emakakaela ja -keha osas oleks patoloogiat, tuleb siiski teha laparotoomia.

Sekundaarsed munajuhavähid võivad tekkida naaberorganeilt vähiprotsessi üleminekuga või metastaatilisel teel teistest organitest (näit. maost).

Munajuhasarkoomi on väga harva, esineb naistel noorem eas. Sümptomatoloogia ei erine munajuhavähist. Diagnoos selgub tihti alles peale preparaadi histoloogilist uurimist. Ravi operatiivne - emaka eksstirpatsioon koos emakamanustega, järelraviks kemoteraapia.

### III. MUNASARJADE PAHALOOMULISED KASVAJAD

Munasarjade kasvajakud on oma erakordselt mitmekesise morfoloogilise ehituse poolest mitte ainult günekoloogilises onkoloogias, vaid kogu onkoloogias üldse üks keerukamaid peatükke. Nende kasvajate juures pole alati võimalik selgepiiriliselt eraldada healoomulisi kasvajaid pahaloomulistest. Seepärast pole juhus, et paljude autorite poolt on eraldatud osa munasarjade kasvajatest eraldi vormina kui "ülemineku-", "piiriäärsete" või "potentsiaalselt pahaloomuliste" vormidena. Histoloogilisel uurimisel ei täheldata nende juures rakkude atüüpismi elemente, kuid kliinilise kulu poolest on nad pahaloomulised. Selliste kasvajate hulka kuuluvad näiteks munasarjade prolifer eeruvad papillaarsed tsüstadenoomid, munasarja pseudomüksoom ja mõned hormoonaktiivsed kasvajakud. Arvestades nende kasvajate pahaloomulist kulgu, esitame nad antud peatükis.

Kuid ka healoomulised munasarjade kasvaja-d osutu-vad sel või teisel määral vähieelseteks seisunditeks, sest enamik munasarjade vähke arenevad eelnevate munasarjatsüs-tide foonil. Munasarjade kasvaja-d võivad tekkida naistel mistahes vanuses, sagedamini aga 40 - 50 aasta piires. Oma sageduselt on nad naiste suguorganite kasvaja-te seas tei-sel kohal. Kõikidest munasarjade kasvaja-dest on pahaloomu-lisi üle 20 %.

#### 1. Munasarjavähk (carcinoma ovarii)

Munasarjavähke võime jaotada kolme liiki: primaar-sed, mis on tekkinud vahetult munasarja koest, sekundaar-sed, mis on arenenud varem esinenud munasarjakasvaja-dest, ja metastaatilised (joon. 52, 53).

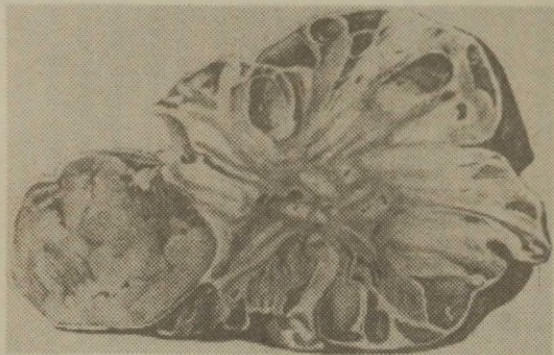
a) P a t o l o o g i l i n e a n a t o o m i a . Algstaadiumis erineb munasarjavähi väline ilme väga vähe healoomulisest tsüstoomist. Ainult tsüstoossetele moodus-tistele lisanduvad tihedamad ja paksenenud alad. Kaugele arenenud juhtudel näsataolised kasvaja-lised vohandid kas-vavad läbi kapsli, veritsevad kergelt, võivad üle minna naaberorganitele ja levida peritoneumile ning omentumile.

Kasvaja mikroskoopilisel uurimisel leitakse rakkude atüpsismi ja polümorfismi. Struktuurilt on nad papillaarse, soliidse või näärmelise ehitusega.

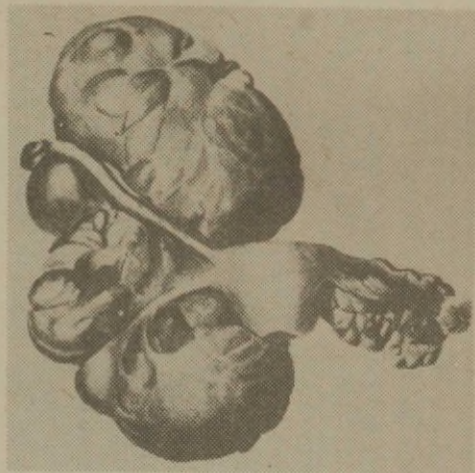
b) K l i i n i l i n e p i l t . Haiguse vara-jases staadiumis haigete üldseisund eriti ei muutu. Mõni-kord võib täheldada ainult üldist nõrkust ja kiirenenud väsimust. Tihti on esimesteks sümptoomideks iiveldustunne, oksendus, raskustunne allkõhus või ka kõhukinnisuse vahel-dumine kõhulahtisusega. Kasvaja-d, mis ulatuvad Douglase ruumi või asetsevad põie-emaka voldis, võivad esile kut-suda häireid defekatsioonil ja urineerimisel.

Primaarseks munasarjavähiks peetakse kasvaja-id, kus healoomulise kasvaja elemendid munasarjas puuduvad. Hari-likult on need kahepoolsed, mõnikord ka ühepoolsed kõvad





Joon. 52. Läbilõige munasarja kartsinoomist, kus esinevad tsüstid ja umbsed alad.



Joon. 53. Suur paljude moodustistega munasarjavähk.

või ebaühtlase tihedusega krobelise pinnaga kasvaja kol-  
laka varjundiga ajuja sisaldisega. Kasvajate mõõtmed on  
mitmesugused, kujult ebakorrapäraselt ovaalsed. Primaarsed  
vähid, olles mõnikord vaevalt märgatava suurusega, võivad  
anda juba varakult metastaase ja kasvaja disseminatsioone.  
Neil kasvajaail on kalduvus asetseda emaka taga, võivad ol-  
la ka oma jalal liikuvad, sarnanedes seega pseudomutsi-  
noossele tsüstadenoomile.

Sekundaarse munasarjavähi algstaadiumis võib papillaarsete tsüstide foonil vähielemente leida mõnikord ainult kasvaja üksiku ala piirkonnas, kuid need vähirakud võivad kasvaja pinnale jõuda isegi kasvaja väikeste mõõtmete korral. Teisene vähk võib areneda ka suurtes kasvaja-tes. Isegi peritoneumile külvi korral on mõnikord kliiniliselt raske eristada kasvaja tõelist iseloomu välise sarnasuse korral prolifereeruva tsilioepiteliaalse tsüsti pildiga. Vähi puhul on papillaarsed vohandid kuigipalju massiivsemad, võivad kergesti veritseda. Kõhukelmele disseminatsioonil järel kaasneb astsiit.

Pseudomutsinoosse tsüsti foonil areneb vähki tunduvalt harvem kui tsilioepiteliaalsest tsüstist. Pseudomutsinoossest tsüstist tekkinud vähki peetakse ka vähem pahaloomuliseks kui tsilioepiteliaalsest tsüstist tekkinut.

Vastavuses munasarjakasvaja kasvuga muutub valu-  
sümptoom püsivamaks, lokaliseerudes allkõhu ja nimmepiirkonda. Kõht hakkab mõtudes suurenema astsiidivedeliku tek-  
kimisest kõhuõõnde ning tihti tekivad sooletrakti ja põie funktsiooni häired. Võib täheldada vedeliku ilmumist pleuraõõnde kas ühe- või mõlemapoolsest. Haigete üldseisund halveneb ja kaasnevad südame-veresoonkonna puudulikkuse nähud.

Munasarjavähi korral võib täheldada kasvaja kiiret arenemist ja peatsete metastaaside teket suures rasvikus, samuti vaagna ja kõhuõõne piirkonnas mõnda parietaalset ja vistseraalset peritoneumit. Mõnikord on suure rasviku metastaasid palpeeritavad ülakõhus laia iseseisva väheliigutatava tuumorina.

Munasarjavähk metastaseerub kõige enam paraaortaalsetesse lümfisõlmedesse ja siit kogu ülakõhu, pleuraõõne, rangluupealsete ning kaela lümfisõlmede piirkonda. Kuid metastaseerumine võib kulgeda ka väikse vaagna regionaarse-tesse lümfisõlmedesse ja kubeme piirkonda, samuti nabasse ja maksa.

Metastaatiline munasarjavähk tekib lümfogeensel, hematogeensel või implantatsiooni teel mitmesuguse lokalisatsiooniga vähikasvajatest, moodustades 15 % kõikidest selle organi pahaloomulistest kasvajatest. Nendest haigetest peaaegu pooled on vanuses kuni 40 aastat. Kõige harilikumad metastaasid munasarjades on mao-sooletrakti (Krukenbergi metastaas) ja piimanäärmevähi korral, tihti ka sapi-põievähist. Seejuures metastaatilise kasvaja morfoloogiline ehitus vastab kasvajale primaarkoldes. Tihti leitakse munasarjakasvaja varem ja alles peale teiste organite uurimist selgub selle metastaatiline päritolu.

c) K l a s s i f i k a t s i o o n . Vastavalt NSVL Tervishoiuministeeriumi instruksioonile (1956) jaotatakse munasarjavähk järgmisteks staadiumideks:

I st. - kasvaja ainult ühes munasarjas, metastaa-se pole;

II st. - kasvaja levinud väljapoole munasarja tei-sele munasarjale, emakale, ühele või mõlemale munajuhale;

III st. - kasvaja levinud vaagna parietaalsele pe-ritoneumile, metastaasid regionaarsetes lümfisõlmedes, suu-res rasvikus;

IV st. - kasvaja on üle kasvanud naaberorganeile - kusepõiele, rektumile, sooltelingudele koos disseminatsi-onidega peritoneumit pidi väikse vaagna ulatuses ning me-tastaasidega kaugematesse lümfisõlmedesse ja siseorganeis-se, esineb astsiit.

Rahvusvahelise vähivastase liidu erikomitee poolt on soovitatud kasutada klassifikatsiooni TNM-i süsteemi järgi (staadiume siin ei esine). Nõutud on diagnoosi his-toloogiline tõestus, mis võimaldab kasvajaid jagada vasta-valt mikroskoopilisele ehitusele.



Protsessi ulatus määratakse kliinilise uurimise ja operatsiooni leiu põhjal, kuid enne spetsiifilise ravi alustamist. Histoloogiline leid ei määra ega muuda T kategooriat. Tuleb määrata kasvaja histoloogiline tüüp ja mõningatele nendest, näiteks tsüstadenoomidele, näidata jaotus kasvaja rakkude diferentseerumise astme järgi. Astsiidi olemasolu T kategooria määramisel ei ole tähtis.

T - primaarne kasvaja:

- $T_1$  - kasvaja piirdunud ühe munasarjaga, mis on ümbruse suhtes liigutatav;
- $T_2$  - kasvaja haaranud mõlemad munasarjad, mis on jäänud liigutatavateks;
- $T_3$  - kasvaja on levinud emakale või munajuhadele;
- $T_4$  - kasvaja on levinud teistele ümbritsevatele anatoomilistele struktuuridele.

N - regionaarsed lümfisõlmed:

- $N_0$  - paraaortaalsed lümfisõlmed pole palpeeritavad;
- $N_1$  - paraaortaalsed lümfisõlmed palpeeritavad.

M - kaugmetastaasid:

- $M_0$  - kaugmetastaasid puuduvad;
- $M_1$  - esinevad implantatsiooni või teised metastaasid;
- $M_{1a}$  - metastaasid ainult väikeses vaagnas;
- $M_{1b}$  - metastaasid ainult kõhuõõne piirkonnas, kaasa arvatud suur rasvik, peensooled, kõhukelme, maks või teised siseelundid;
- $M_{1c}$  - metastaasid väljaspool kõhuõõnt, kaasa arvatud retroperitoneaalsed lümfisõlmed ilma paraaortaalseseteta;

G - jaotus kasvaja rakkude diferentseerumise  
astme järgi:

G<sub>1</sub> - kasvaja madala pahaloomulisuse potentsiaali-  
ga;

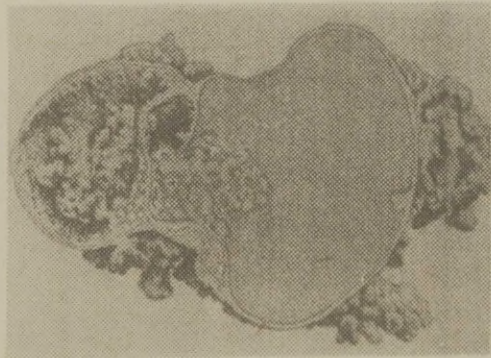
G<sub>2</sub> - kasvaja ilmselt pahaloomuline.

## 2. Munasarjade proliferatsioon papillaarne tsüstadenoom

Sünonüümid: proliferatsioon tsilioepiteliaalne tsüst-  
toom, papillaarne tsüst, endosalpingioom (joon. 54). Kasva-  
jate iseärasuseks on see, et vaatamata atüüpiliste elemen-  
tide puudumisele kasvaja ehituses võib nende kliiniline  
kulg olla pahaloomuline. Seepärast loetakse neid kasvajaid  
potentsiaalselt pahaloomulisteks. Üksikute autorite poolt  
arvestatakse seda võimalust 2,5 kuni 8 %-l juhtudest,  
I.D. Netšajeva isegi kuni 46 %. Prolifereeruv papillaarne  
tsüstadenoom esineb naistel sagedamini vanuses 30 - 50 aas-  
tat, tihti aga ka nooremas eas. Arenevad tavaliselt mõlema-  
poolset, on ebakorrapärase ümarja kujuga ja täidetud valk-  
jate papillaarsete vohanditega. Samasuguseid vohandeid lei-  
dub ka kasvaja õhukeseseinalise kapsli pinnal. Histoloogi-  
lisel uurimisel leitakse kasvajas rohkete hargnemistega nä-  
sakesi, mis on kaetud silindrilise epiteeliga, ja vabas  
tsüsti ruumis seroosset vedelikku, mõnikord mutsiini.

Haigusele kaasneb varakult astsiit, mille hulk kii-  
rest kasvab. Iseloomulik sellele kasvajale on veel kiire  
dissemineerumine vistseraalsele ja parietaalsele perito-  
neumile ning metastaseerumine suure rasviku lümfisõlmedes-  
se. Hiljem kasvaja täidab kogu väikese vaagna, kusjuures  
kasvaja üksikud sõlmed on tihedalt liitunud emakaga, kuse-  
põiega ja rektumiga.

Haigete üldseisund, vaatamata kasvaja laiale levi-  
kule, võib jääda pikemaks ajaks rahuldavaks. Maligniseeru-  
vad papillaarsed tsüstadenoomid (tsilioepiteliaalsed kas-  
vajad) kuuluvad munasarja vähikasvajate gruppi (joon. 55).



Joon. 54. Seroos-papillaarne tsüst (lâbilõige).  
Näha püsmalisi moodustisi tsüstis  
õõnesiseesi ja lâbikaevanuina kapslist  
kaevaja pinnale.



Joon. 55. Munasarja kahepoolne malignisee-  
runud papillaarne tsüstoom (pre-  
paraat).



### 3. Munasarjade pseudomüksoom

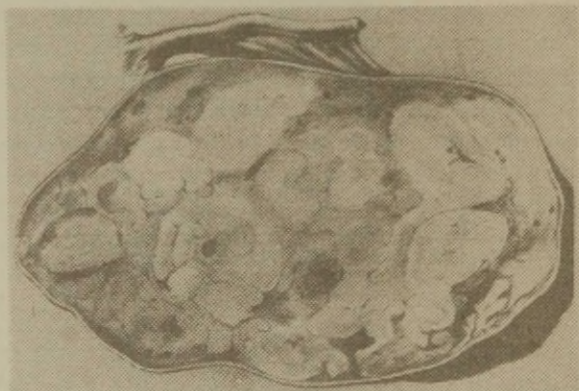
Seda esineb harva, ta on pseudomutsinoosse tsüstoomi erivorm. Munasarja pseudomüksoom kujutab endast õhukeste seintega tsüstjat moodustist, mis on täidetud želeetaolise sisaldisega. Õhukesed seinad võivad tsüstil kergesti lõhki rebeneda, mille tulemusena tsüsti sisu koos epiteeliga, mis teda katab ja lima produtseerib, satub kõhuõõnde. Limatekitaja epiteeli implantatsioon kogu kõhukelme ulatuses põhjustab hulgaliselt uute pseudomüksoomikollete tekkimist kõhuõõnes, mille tulemusena kõhuõõs järk-järgult täitub želeetaolise massiga. Munasarjade pseudomüksoom võib lõhkeda ka iseeneslikult või ginekoloogilisel järelevaatusel ning operatsioonil. Vaatamata histoloogiliselt healoomulisele kasvaja ehitusele on pseudomüksoomide kliiniline kulg pahaloomuline, sest nad kalduvad progresseeruma ja tihti retsidiveeruvad. Võimalik on ka nende morfoloogiline pahaloomustumine.

### 4. Teratoblastoom (mittevalminud embrionaalne teratoom)

See koosneb mitmesugustest rakkudest, mis on tihti ebaselge koelise kuuluvusega. Kuulub harva esinevate munasarja pahaloomuliste kasvajate hulka, esineb tütarlastel ja naistel noores eas 20 - 30 aasta vanuses. Kasvaja on ümarja ebakorrapärase kujuga, valkjat värvust, ebaühtlase konsistentsiga, konarliku või sileda pinnaga. Nende omapäraks on kiire kasv, varajane metastaseerumine ja peamiselt esinemine nooremas eas. Teratoblastoom areneb teratoomi maligniseerumise tulemusena. Kasvaja on soliidse ehitusega kudede madala diferentseerumise astmega, väljakujunenud rakkude polümorfismi ja atüüpilisusega. Laialdastest metastaasidest tingituna areneb haigel juba varakult astsiit.

### 5. Munasarjade sarkoom

Seda kohtab ääretult harva, kasvab kiiresti, esineb sagedamini ühepoolsest, on pehmekonsistentsiline, hallikasvalget värvi. Kasvaja kude on rikas verevalangutest ja lagunemiskolletest. Hilisstaadiumis kasvaja muutub kohe-  
damaks ja läheb üle ümbruskonna kudedele. Mikroskoopiliselt leiame sagedamini ümarrakulist ja käävrakulist sarkoomi. Enamasti metastaseerub hematogeensel teel. Haigestumine munasarjade sarkoomi toimub noores eas, kusjuures kliiniline kulg on pahaloomuline.



Joon. 56. Munasarja sarkoom, näha vahelduvaid klaasjaid ja ajujaid struktuure.

Hormoonaktiivsetest munasarjakasvajatest, millest osa ka pahaloomulise kuluga, on räägitud eespool.

### 6. Munasarjade pahaloomuliste kasvajate diagnostika

Munasarja pahaloomulistel kasvajatel pole algstaadiumis oma kliinilisi sümptome, mille järgi neid saaks selgelt eristada healoomulistest kasvajatest.

Siiski, kui lelame väikeses vaagnas kasvaja, mis on ebatühtlase konsistentsiga, mügarja või kergelt ebatasase pinnaga, piiratud liigutatavusega ja asendiga emaka kõrval või taga, tuleb kahtlustada munasarja pahaloomulise uudismoodustise olemasolu. Neil kordadel võib haigetel täheldada ka kiirenenud vere settereaktsiooni ja leukotsütoosi.

Kaugele arenenud munasarjavähi korral, millele kaasub astsiidi esinemine kõhukoopas, mõnikord vedelik ka pleuraõõnes, pole väljakujunenud üldiste ja kohalike sümptomide olemasolul diagnoosimine enam raske. Mõnikord on munasarjavähi algkolle väga väiksemõõtmeline, kuid protsessi disseminatsioonist kõhukelmel tekib astsiit. Niisugusel korral ginekoloogiline uuring ei võimalda naiste sisemiste genitaalide seisundi täpset määramist. Diagnoosi selgitamiseks tuleb evakueerida vedelik kõhuõõnest ja peale seda uurimist korrata. Hemorraagilise iseloomuga astsiidivedelik on omane munasarjade sarkoomile, želeetaoline sisaldas pseudomüksoomile. Vajalik on astsiidivedeliku tsütoloogiline uuring. Munasarjavähi korral võib leida siin pahaloomulise kasvaja elemente, sagedamini papillaarseid ja näärmelisi struktuure ning üksikuid atüüpilisi epiteliaalseid rakke. Leides papillaarseid struktuure ilma rakkude atüpiismita, võime mõelda munasarja papillaarsele tsüstadenoomile. Munasarjakasvajate korral tuleb uurida röntgenoskoopiliselt ka magu ja sooletrakti, et välja lülitada primaarkollet seal.

Pahaloomulisi kasvajaid, millele pole kaasnunud astsiiti, võib uurida kasvaja lokalisatsiooni selgitamiseks röntgenoloogiliselt kontrastse hüsterograafia abil pneumoperitoneumi foonil.

Enamikul juhtudest püstitatakse pahaloomulise munasarjakasvaja lõplik diagnoos alles laparotoomia puhul või peale eemaldatud kasvaja histoloogilist uurimist.

D i f e r e n t s i a a l d i a g n o s t i l i -  
s e l t tulevad arvesse munasarjade ja emaka healoomulised kasvajakud, salpingo-ooforiidid ja vähi metastaasid munasarjadesse.



Munasarjade healoomulised kasvaja­d on tavaliselt ühepool­sed ja vabalt liigutatavad, nendega ei kaasne astsiiti. Emakamüoom on sarnane munasarjavähiga staadiumis, kus see on levinud parameetriumi kudede­le infiltraadi moodustumisega, mis emaka endasse on sisse mässinud. Vajalik on anamneesi väljaselgitamine, tuleb mõõta emakaõõne pikkust (müoomi korral emakaõõne pikkus on tavaliselt suurenenud) ja teha hüsterosalpingograafia pneumoperitoneumiga.

Munasarjade põletikulised haigused piirdunud moodustiste näol, millele pole kaasnenud ägedaid põletikulisi nähte, on eriti kahtlased pahalo­omulise protsessi tekkimise suhtes. Neil kordadel tuleb läbi viia 3 - 4 nädala vältel ravi antibiootikumidega. Kui tulemusi ei saavutatud ega õnnestunud välja selgitada kasvaja tõelist iseloomu, tuleb teha laparotoomia. Viimane on seda enam näidustatud, et niihästi piirdunud emakamanuste põletiku kui ka emaka subseroosete fibromüoomide korral, on operatiivne ravi samuti vajalik nagu munasarjakasvajate puhul, kaasa arvatud ka healoomulised.

Metastaatilistest kasvajatest munasarjades on räägitud eespool. Siin aitab haige üldine kliiniline ja röntgenoloogiline uurimine selgitada diagnoosi.

## 7. Munasarjakasvajate ravi

Ainsaks ja kõige ratsionaalsemaks ravimeetodiks munasarja healoomuliste kasvajate korral on nende kirurgiline eemaldamine. Tihti pole munasarjade kasvaja tõelist iseloomu võimalik määrata enne nende eemaldamist ja histoloogilist uurimist. Pealegi on võimalused malignisatsiooniks isegi päris healoomuliste munasarjakasvajate juures. Kõik see on viinud maailma onko-günekoloogid ühisele arusaamisele, et iga avastatud munasarjakasvaja kuulub eemaldamisele. Kui munasarjakasvaja on tekkinud premenopausaalses eas või hiljem, siis on ratsionaalne munasarjade mõlemapoolne eemaldamine, isegi siis, kui kasvaja näib olevat healoomuline.

Munasarjade pahaloomuliste kasvajate korral kasutatakse raviks kirurgilist, kombineeritud või kompleksset meetodit. Kompleksravi juurde kuulub peale operatiivset vahelesegamist kiiritusravi või kemoterapia ja hormoonteraapia. Raviplaan sõltub protsessi leviku astmest, selle iselärasustest ja haige üldseisundist.

Haiguse I ja II staadiumi puhul on näidustatud kahepoolne ovariosalpingektomia koos emaka eksstirpatsiooniga või supravaginaalse amputatsiooniga. Üksikute kirurgide püüde jätta ühe munasarja kasvaja puhul alles teine munasari, mis näib olevat terve, on seotud suure riskiga, sest makroskoopiliselt pole võimalik eitada teise munasarja haigestumise võimalust. Samaaegselt on teada ka vähi multitsentrilise tekkimise võimalus mõlemas munasarjas, mis on samuti mõlema munasarja eemaldamise vajaduse aluseks näilise ühepoolse protsessi korral. Operatsiooni ajal peab kirurg püüdma munasarja kasvajalised tsüstid eemaldada teraviklikult, ilma et kasvaja vedel sisaldis satuks kõhuõõnde. Lisaks sellele tuleb resetseerida suur rasvik tema kinnituskoha juures colon transversumilt, seda isegi siis, kui puuduvad näivad metastaasid omentumis. III ja IV staadiumi puhul, kui operatsiooniks pole vastunäidustusi, on soovitatav palliatiivsel eesmärgil eemaldada kasvaja põhimassiiv ja muutunud omentum. Arvestades protsessi laiaulatuslikku levikut ja disseminatsiooni kõhuõõnes, tuleb peale operatsiooni läbi viia kemoterapia kuur või valikuliselt kombineerida kiiritusraviga. Operatiivsest ravist võib loobuda kaugele arenenud juhtudel haiguse infiltratiivse vormi korral, kui esineb hulgaline peenekoldeline disseminatsioon ilma suurema kasvajalise massiivita. Astsiidi olemasolul alustatakse ravi operatsioonieelse kemoterapiaga, mille käigus kasvaja tunduvalt väheneb, astsiit mõnikord isegi kaob ja kasvaja muutub opereeritavaks. Hiljem kemoterapiat regulaarselt korratakse, et saavutada pikemaäagne remissioon.

K i i r i t u s m e e t o d i t kasutatakse muna-

sarja pahaloomuliste kasvajate korral väliskiiritusena operatsioonijärgsel perioodil või kui täiendust kemoterapiale. Eriti tähtis on kiiritusmeetod disgerminoomide ravis, mis on tundlikud kiirituse toimele. Peab aga märkima, et kõikide munasarjakasvajate ravis on kemoterapia edu jätnud kiiritusravi tagaplaanile. Siiski on isoleeritud metastaatilistele kolletele ja peale mitteradikaalset operatsiooni järelejäänud kolletele väikse vaagna piirkonnas näidustatud väliskiiritus. Neil kordadel vaheldub kiiritusravi kemoterapiaga. Kiirituse toime lisameetodiks on radioaktiivse kolloidse kulla  $Au^{198}$  sisseviimine kõhuõõnde. Vajajases staadiumis on see protsessi laienemise profülaktikaks, hilisstaadiumis vähendab või takistab astsiidivedeliku teket, toimides L.A. Novikova andmetel peritoneumil asuvatele väikestele dissemineeritud kolletele ja soodustades sellega haige seisundi ajutist paranemist.

K e m o t e r a a p i a on munasarja pahaloomuliste kasvajate puhul käesoleval ajal laialt kasutusel ja on osutunud viljakaks abimeetodiks nende kasvajate ravis. Kõige efektiivsemaks preparaadiks on tiofosfamiid (tiotef), tsüklofosfaan (endoksaan) ja sarkolüsiin. Kasvajavastastest entiblootikumidest on tarvitatavaim krüsomalliin.

Kemoterapiat kasutatakse enne operatsiooni, operatsiooni ajal (kõhuõõnde viimine), peale operatsiooni ja ka iseseisva meetodina operatsioonist loobumise korral. Otsustav on kemoterapia preparaate manustada kõhuõõnde ka haiguse I ja II staadiumi korral protsessi levimise profülaktikaks ja jätkata kemoterapiat operatsioonijärgsel perioodil õnesisesi, veenisistest või musklisistest injektsioonide näol ühe ravikuuri ulatuses. Kaugele arenenud vähijuhtude puhul, vedeliku esinemisel kõhuõõnes ja pleuraõõnes, manustatakse ravipreparaate õnesisesi peale vedeliku väljavõtmist, tehes seda vaheldumisi veenisistest või musklisistest süstimistega. Ravikuuri korratakse 1 - 3 kuu tagant vastavalt haige seisundile ja reaktsioonile kemoterapiale. Kasvajate tundlikkus ravipreparaatidele on erinev



vastavalt kasvaja morfoloogilisele ehitusele. Nii soovitakse näiteks tiofosfamiidi, tsüklofosfaani ja sarkolüsiini munasarjavähi raviks, millel on papillaarne või näärmeline ehitus. Munasarjade pseudomüksoomi raviks on otstarbekas kasutada sarkolüsiini. Eriliselt tundlikud on disseminatsioonid tsüklofosfaani ja sarkolüsiini suhtes.

Tiofosfamiidi kasutatakse 15 - 20 mg ülepäeviti musklisisesi, kõhuõõne sisesi manustatakse 40 mg, pleuraõõnde 20 mg, kogu ravikuuriks 150 - 300 mg vastavalt haige taluvusele.

Kõikide kemoteraapia-preparaatide kasutamisel on kogu ravikuuri vältel vajalik süstemaatiline vereloome kontroll. Leukotsüütide väärtuse langemisel alla 3000 ja trombotsüütidel alla 100 000 tuleb ravikuur katkestada.

H o r m o o n r a v i kasutatakse munasarja pahaloomuliste kasvajate puhul koos kemoteraapiaga või kiiritusraviga. Enamuses määratakse androgeenseid preparaate - testosteroon-propionaati 50 mg musklisisesi üle päeva kogu kemoteraapiaravi kestel, ravikuuri vaheaegadel antakse metüültestosteroon 0,0005 keele alla 4 tabletti päevas, 10 päeva vältel, hiljem vähendatakse doosi 2-le, edasi 1-le tabletile päevas. Kaugele arenenud munasarjavähi puhul suurendatakse hormoonpreparaatide annuseid (ravikuuriks 5-6g).

P r o g n o o s munasarja pahaloomuliste kasvajate korral on erinev ja sõltub kasvaja morfoloogilisest vormist ning haiguse staadiumist ravi alustamisel. Holme andmeil (VIII rahvusvahelisel onkoloogia kongressil) saavutati 5-aastast tervistumist 29 %-l haigetest. Haiguse varajastes staadiumides saadi 56 % tervistumist, hilisstaadiumides 9,4 %. Seejuures saadi varajastes staadiumides paremaid tulemusi (67,5 ja 58,3 %) pseudomütsinoosse ja papillaarse vähi puhul, hilisstaadiumides oli kõige kõrgem tervistumise protsent papillaarse vähi korral (13,5 %), aga anaplastilise vormi puhul ainult 2,8 %. Ka teiste autorite järgi ei ületa ravitulemused 30 % tervistumist. Ravitulemuste parandamine sõltub peamiselt varasest diagnoosist.

# IX. HAIGETE RAVI KAUGELE ARENENUD KASVAJATE PUHUL

Kaugele arenenud vähktõvega haiged, kellele pole võimalik protsessi laiaulatuslikkuse tõttu määrata operatsiooni ega muud kasvajakavastast eriravi, kuuluvad üldsümptomaatilisele ravile. Põhiliselt seisneb see haige üldises hooldamises ja kasvajatest tingitud tüsistuste ravis. Neil kordadel võib tekkida seisundeid, milliste ravi on spetsiifiline vastavalt kasvaja liigile ja asukohale. Vähktõve hilisstaadiumis tekivad tihti väljakannatamatud valud, mille leevendamiseks tuleb manustada valuvaigistavaid vahendeid alates promedoolist kuni morfiinini, mitte kartes harjumuse tekkimist narkootikumi suhtes. Unetuse puhul anda haigele uinuteid. Haigetel, eriti haiguse terminaaalses staadiumis, võivad areneda tüsistused südame-veresoonkonnas ja kopsudes, mis nõuab vastavat eriravi. Sagedasteks tüsistusteks onkoloogilistel haigetel on tromboflebiidid. Kasvaja lähikonnas on võimalik põletikuliste protsesside kaasumine. Neil puhkudel on näidustatud põletikuvastaste vahendite manustamine (eelkõige antibiootikumid).

Pahaloomuliste kasvajate raviks kasutatakse veel spetsiaalseid sümptomaatilisi vahendeid, nagu befungiin, tšaaga, krutsiin jt., mis ei toimi küll eriliselt kasvajakale, kuid mõningatel juhtudel siiski kergendavad haige üldseisundit.

Vähktõvega haigete ravi on oluline ka psühhoteraapia, tuleb igati säilitada nende usku paranemisele. Õigen on haigetele mitte avaldada nende seisundi tõelist olukorda, samuti mitte öelda pahaloomulise kasvaja diagnoosi. Peame arvestama seda, et viies läbi vähivastast ravi, me ei saa kunagi täpselt öelda, kui kauaks haige tervistus. Seisundi halvenemisel peab haige uskuma seda, et halvenemine on ajutine. Mida enam haige veenab arsti, et ta teab oma rasket seisundit ja on valmis isegi surema, seda rohkem ootab ta arstilt nende kurbade mõtete ümberlükkamist. Seetõttu peab

arst säästma haige psüühikat ja usku paranemisele, mis annab talle kergendust kuni elu lõpuni.

## X. VÄHIVASTASE VÕITLUSE ORGANISATSIOON

Vähivastane võitlus Nõukogude Liidus on riikliku tervishoiu üks tähtsamaid ülesandeid. Onkoloogilise abi ürituste kompleks on suunatud kasvajate sotsiaalsele ja isiklikule profülaktikale, kasvajate varasele avastamisele ja efektiivsemate ravimeetodite väljatöötamisele. Nende eesmärkide elluviimiseks loodi 1945. aastal spetsiaalne vähivastane organisatsioon, kuhu kuuluvad onkoloogia instituudid (praegu 17), onkoloogia dispanserid (272), onkoloogilised osakonnad ja kabinetid polikliinikutes ja haiglates (3202), üleliiduline onkoloogide ühing filiaalidega kõikides liiduvabariikides ja oblastites, žurnaal "Вопросы онкологии".

Onkoloogilise teenistuse põhilülideks on onkoloogia dispanserid (vabariikliku, oblasti või linna alluvusega). Nende ülesandeks on laialdane konsultatiivne abi polikliinikus, vähihaigete dispanseerne jälgimine ja neile spetsialiseeritud ravi määramine, onkoloogiliste haigete arvestus ja statistilise materjali teaduslik läbitöötamine, üldvõrgu arstide onkoloogia-alase kvalifikatsiooni tõstmine, elanikkonnale profülaktiliste läbivaatuste ja vähivastase sanitaarselgitustöö organiseerimine.

1945-ndast aastast on NSV Liidus läbi viidud kõigi pahaloomuliste kasvajatega haigete kohustuslik registreerimine. Haige kohta, kellel esmakordselt diagnoositi pahaloomuline kasvaja, täidetakse arsti poolt teatis (vorm nr. 281), mis saadetakse lähemasse onkodispanserisse 3 päeva vältel. Arvelevõetud haigele kindlustatakse dispanseerne jälgimine ja ravi, milleks täidetakse kontrollkaart (arvestusvorm nr. 30). Siin on andmed läbiviidud ravi, kontrolli aegade, haigusstaadiumide ja kliiniliste gruppide kohta.



Üldprintsibi järgi jaotatakse kasvajad arvestuse ja ravi läbiviimiseks nelja staadiumi.

- I st. - kasvajaline protsess piirdunud, ilma levikuta regionaarsettesse lümfisõlmedesse ja ümbruse kudedele;
- II st. - samuti suhteliselt piirdunud kasvajaline protsess, kuid mõõtmelalt suurem ja esineb üksik palpeerimisel liigutatav metastastaas lähimates lümfisõlmedes;
- III st. - kasvaja märgatavalt suuremõõtmeline, piiratud liigutatavusega, kuna kasvab ümbruse kudedesse; esinevad fikseerunud metastastaasid regionaarsettes lümfisõlmedes;
- IV st. - igasuguse suurusega kasvaja, mis on andnud kaugmetastaasi, kasvaja on läbi kasvanud naaberorganisse, protsess generaliseerunud ja esineb kahheksia.

Raviasutusest lahkunud iga pahaloolumulise kasvajaga haige kohta täidetakse dispanseerseks jälgimiseks ja ravi tulemuste kaugtagajärgede uurimiseks arvestusvorm nr. 27 - onko.

Vähi kaugetele arenenud juhtude põhjuste uurimiseks täidetakse kõikidele vähihaigetele, kelle haigus avastati esmakordselt hilisstaadiumis (IV st.), spetsiaalne protokoll - arvestusvorm nr. 248, mis arutatakse läbi arstide konverentsil haige elukoha järgi.

Dispanseerse arvestuse ja abi kindlustamiseks on kõik onkoloogilised haiged jaotatud peale staadiumide veel kliiniliste gruppide järgi.

- I<sub>a</sub> - haiged, kellel kahtlustatakse pahaloomulist kasvajat;
- I<sub>b</sub> - haiged kasvajaeelse seisundiga (prekantse-roosiga);
- II - haiged pahaloomuliste kasvajatega, kes kuuluvad spetsiaalsele onkoloogilisele ravile;

- II<sub>a</sub> - haiged pahaloomuliste kasvajatega, kes kuuluvad radikaalsele ravile;
- III - praktiliselt terved, kellel vähktõbi ravigetud;
- IV - haiged vähktõve hilisstaadiumis, kes kuuluvad ainult üldsümptomaatilisele hooldusravile.

Vastavalt haiguse staadiumile ja ravile võib haiget ühest grupist teise üle viia olenevalt olukorrast. Haiguse staadiume ei tohi ära segada kliiniliste gruppidega, viimased ei näita ka haige invaliidsuse gruppi, vaid peegeldavad onkoloogilist ravitaktikat.

Vähieelsete seisundite ja vähktõve õigeaegseks avastamiseks viiakse NSV Liidus käesoleval ajal läbi kolme liiki profülaktilisi järelvaatusi:

1) kompleksed järelvaatused, kui ülevaatuste eesmärk pole ainult vähktõve avastamine, vaid ka teised haigused, nagu tuberkuloos, kirurgilised, terapeutilised, günekoloogilised, nahahaigused jne.;

2) sihtjärelvaatused, kui uuritakse kindlat elanikkonna gruppi vähktõve või prekantseroosi avastamiseks (näiteks elanikud tervistkahjustava elukutsega, tootlustusala töötajad jne.);

3) individuaalsed profülaktilised järelvaatused, kui haiget uuritakse ka vähktõve suhtes arsti poolt polikliinikus või haiglas, vaatamata põhjusele, millega haige pöördus raviasutusse.

Profülaktilistel järelvaatustel avastatakse prekartsinomatoosi 1 %-l ja vähktõbe 0,1 %-l uuritavatest.

Eesti NSV-s on 2 onkoloogiadispanserit (Tallinnas ja Tartus). Rajooneskustes töötavad 4 onkoloogiaosakonda ja 10 onkoloogiakabinetti, kus arst-onkoloog juhendab onkoloogia-alast profülaktilist ja ravitööd. Kasvajaliste seisunditega haiged on dispanseeritud eriala spetsialistide juures üldvõrgus. Nii pahaloomuliste kasvajate spetsiaalne ra-

vi kui ka diagnoosi täpsustamine toimub onkoloogilistes raviasutustes.

Eespool mainitud onkoloogilise abi organisatsioon tagab kogu arstkonna osavõtul elanikele küllaldase meditsiinilise hoolduse ja võimaldab haigetel saada tasuta kvalifitseeritud onkoloogilist ravi.

1) Naiste massilised profülaktilised günekoloogilised järelevaatused toimuvad onkoloogia dispanserite juhendamisel põhiliselt üldraviasutuste võrgus. Sellest võtavad esmajoones osa kõik naiste nõuandlad ja suuremate polikliinikute naiste järelevaatuse kabinetid. Nendes avastatakse naiste suguelundite vähieelsed seisundid ja vähikasvajad. Kõik vähieelsed seisundid kuuluvad ravile naiste nõuandlates või rajooni polikliiniku günekoloogilises kabinetis vastavalt haige elukohale. Need haiged peavad olema dispanserisel arvel ja jälgimisel peale ravi teostamist 1 aasta vältel ja alles peale seda võib neid arvelt kustutada. Vähi diagnoosiga günekoloogilised haiged suunatakse aga vastavale eriravile onkoloogia dispanserisse, kus nad jäävad peale ravi dispansseerimisele ja jälgimisele elu lõpuni. Polikliinikute naiste järelevaatuse kabinetis toimub profülaktiline kontroll kõikidele naistele, kes polikliinikut külastavad mistahes spetsialisti juures, alates 25. a. vanusest, 1 - 2 korda aastas. Abielus olevatel või sünnitanud naistel on soovitatav järelevaatusel käia isegi nooremas eas. Polikliiniku järelevaatuse kabinetis töötab selleks ettevalmistatud vilunud ämmaemand arst-günekoloog juhendamisel. Võimaluse korral võetakse kõikide naiste emakakaelalt tsütoloogilised präparaadid. Nendes avastatud muutuste või üldkliinilise leiu põhjal suunatakse haiged vähikahtluse korral edasi arst-günekoloogi juurde, kes otsustab edaspidise ravitaktika.

Peale eespool mainitud jooksvate profülaktiliste ürituste organiseeritakse rajoonihaigla org.-metoodilise kabineti poolt koos rajooni onkoloogiga elanikkonna massilisi



järelevaatusi asutustes, tehastes, sovhoosides ja kolhoosides vastavalt aasta kohta koostatud kalendaarsele profülaktiliste ürituste plaanile. Nende järelevaastuste üheks kindlaks koostisosaks on naiste günekoloogiline profülaktiline kontroll, kusjuures vaadatakse järele ka antud piirkonnas mittetöötavad naised ja pensionärid. Günekoloogilise vaatlusega paralleelselt kontrollitakse ka naiste piimanäärmete seisundit, konsulteerides vajaduse korral kirurgiga.

Hästi korraldatud profülaktilised günekoloogilised järelevaastused aitavad õigel ajal vähktõbe avastada ja päästavad haige enneaegsest surmast.

2) Sanitaarharidustöö kujutab endast tähtsat lõiku ühiskondlikus profülaktikas; seda viiakse läbi kogu arstkonna poolt. Kõige levinumaks vähivastase propaganda vormiks on loengud, samuti trükiväljaanded - brošüürid, plakatid, diagrammid jne. Peale selle on tehtud hulk filme, mille vahendusel saame tõsta elanikkonna teadlikkust vähktõve alal. Kasutatakse veel raadiovestlusi, dispoosiitive ja erialaseid näitusi, kus eriti tuleb selgitada küsimusi, kuidas vähktõvest hoiduda. Vähivastase propaganda meetoodiliseks keskuseks on Sanitaarharidustöö Keskinstituut, kohapeal organiseerivad ja viivad seda läbi Vabariiklik Sanitaarhariduse Maja, ühing "Teadus", Punase Risti Selts, onkoloogia dispanserid ning kõik ravi- ja profülaktikaasutused. Elanikkonda huvitavad rohkem ravi- kui profülaktika küsimused. Viimaste teadmine on laiadele hulkadele aga olulisem. Seetõttu tuleb rääkida vähivastase propaganda puhul mitte ainult vähktõve tunnustest ja ravivõimalustest, vaid rohkem selle varasest avastamisest, vähieelsetest seisunditest ja vähktõvest noidumise küsimustest. Profülaktilised järelevaastused on eriti vajalikud naistele, sest nende juures on haiguse avastamise protsent kõige suurem günekoloogilises sfääris. Seetõttu tuleb kujundada arvamust, et iga endast lugupidav naine käiks günekoloogilisel järelevaastusel vähemalt 1 - 2 korda aastas. Sanitaar-

haridustöö peab olema veenev, illustreeritud näidetega tegelikust elust, näitlike vahenditega ja statistilise materjaliga.

Sanitaarselgitustöö peab vastama kuulajaskonna koosseisule, olema neile vastuvõetav ja hästi arusaadav. Vajalik on ettevaatus ja taktitunne, et mitte tekitada asjatult hirmu või psüühilist traumat. Loengute ja vestlustega võiksid esineda veel vastavalt instrueeritud kesk- ja kõrgemate koolide pedagoogid, ka ajakirjanduses tuleks rohkem käsitleda tervishoiualaseid küsimusi.

Vähktõve profülaktika haarab kõiki elualasid. Ka siin ei tohi unustada üldpõhimõtet, et kergem on haigust vältida kui seda ravida. Seepärast aitab teadlik lähenemine haigust ennetada või vähemalt õigeaegselt avastada, mis on nii iseenda kui ka kogu ühiskonna huvides hädavajalik.

1. Александров М.С., Хирургическое лечение фибромиом матки. М., 1958.
2. Брауде И.Л. Оперативная гинекология. М., 1952, стр.238-302.
3. Брауде И.Л., Персианинов Л.С. Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии. М.,1962.
4. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н. Учебник гинекологии. М., 1958.
5. Быковская Л.И. К вопросу о функциональном состоянии печени у женщин при миомах матки.-Сов. медицина, 1967, 30, 8, стр. 55-58.
6. Вамберский В.Ф. Саркома матки. М., 1955.
7. Верхацкий Н.П. Аутопластическая пересадка эндометрия. М., 1940.
8. Глазунов А.С. Общая морфология опухолей. М.,1934, I.
9. Глазунов М.Ф. Опухоли яичников. Л., 1961.
10. Голубчин С.Б. Новое в консервативной хирургии фибромиом матки. Тр. Хабаровского мед. ин-та, 1950, 10, стр. 124-133.
11. Горизонтов Н.И. Журн. акуш. и жен. бол. 1911, I, 29.
12. Груздев В.С. Казанск. мед. журнал, 1925, I, 52.
13. Гусейнов А.Н. Сохранение менструального цикла после миомэктомии. Баку, 1965.
14. Жмакин К.Н. Клинические лекции по гинекологии. Л., 1966.



15. Жордания И.Ф. Учебник гинекологии. М., 1962.
16. Ирд Е.А. Фолликулярные кисты яичника и дисгормональные опухоли. Л., 1966.
17. Каплан А.Л. Рентгенотерапия фибромиом матки. М., 1954.
18. Кватер Е.И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. М., 1961, стр. 18-20.
19. Каудри Э. Раковые клетки. М., 1961.
20. Кленицкий Я.С. Миома матки. Алма-Ата, 1966.
21. Кленицкий Я.С. Фибриомы матки. Многотомное руководство по акушерству и гинекологии. М., 1962, 5, стр. 32-69.
22. Клиническая онкология. Т. I и II, под ред. Н.Н. Блохина, Б.Е. Петерсона. М., 1971.
23. Лебедев А.А. Дисфункциональные маточные кровотечения. М., 1960.
24. Левинский О.Б. Акуш. и гинек., 1940, II, 27.
25. Майзель Е.П. Патогенез женского бесплодия. Новости медицины, 1953, 35, стр. 2-12.
26. Макаров Р.Р., Фигурнов К.М. Клинические лекции по избраннм главам гинекологии.
27. Мандельштам А.Э. Аутопластическая пересадка эндометрия. Киев, 1938.
28. Мейпалу В.Э. Клиника и патогенез миом матки. Автореф. дисс. докт. Л., 1968.
29. Назарли С.Х. Изучение влияния половых гормонов на возникновение, рост и обратное развитие миомы матки. Баку, 1957. Автореф. дисс. докт.
30. Осянина А.И. Журн. акуш. и жен. бол. 1924, 35, 133.
31. Печенко А.И. Фибриома матки. Киев, 1958.

32. Руководство по патологоанатомической диагностике опухолей человека. Под редакцией Н.А. Краевского, А.В. Смоляникова. М., 1971.
33. Руководство по акушерству и гинекологии. Т. У. Под ред. В.А. Покровского. М., 1962.
34. Справочник по онкологии. Под ред. Б.Е. Петерсона, М., 1964.
35. Фриновский В.С. Акуш. и гинек. 1959, 5, 43.
36. Чистова Н.М. Экспериментально-гистологические исследования мышечной ткани фибром матки человека. Архив анатомии, гистол. и эмбриол. 1957, 34, I, стр. 37-41.
37. Шинкарева Л.Ф. Тез. докл. X Всесоюзн. съезда акуш.-гинек. М., 1957, 181.
38. Шинкарева Л.Ф. Актуальные вопросы акуш. и гинек. Под ред. Рембеза. Ужгород, 1965, 269.
39. Albrecht, H. Klinik des Myoma uteri - Habban, J. und Seitz, L. Biologie und Pathologie des Weibes. Berlin - Wien, 1928, 4, S. 387 - 536.
40. Bèclère, C. Depistage traitement précoce et prophylaxie des fibro-myomes uterins - Congr. internat. gynecol. et obstétr. Genève, 1954, 446 - 452.
41. Bimes, C. Recherches sur la fibromatose expérimentale. Paris, 1945.
42. Peham, H., Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik und operative Behandlung der Myome - Stoeckel, W. Handbuch der Gynäkologie, Bd. 6, T. 2. München, 1931, 1 - 18.
43. Piersen, H. Ztschr. Krebsforsch. 1938, 47, 166.
44. Radman, H.M. Am. J. Obs. Gynec. 1962, 41, 1007.

45. Sampson, J. Am. J. Path. 1927, 3, 93.
46. Schroeder, R. Die Myome und Fibrome des Genitale. Lehrbuch der Gynäkologie. Leipzig, 1961, 357-381.
47. Schroeder, R. Lehrbuch der Gynäkologie. Leipzig, 1959.



## SISUKORD

A. E M A K A M Ü O O M (V. Meipalu) .....	3
I. Emakamüoomi esinemissagedus, ealine esine- mine ja kliinilised vormid .....	3
II. Emakaõõne etioloogia ja patogenees .....	9
III. Emakamüoomi histogenees .....	16
IV. Eksperimentaalne emakamüoom .....	18
V. Morfoloogilised muutused munasarjades emakamüoomi korral.....	23
VI. Emakamüoomi mikroskoopiline ehitus .....	25
VII. Ainevahetus müoomikoos .....	27
VIII. Emakamüoomi sümptomatoloogia .....	30
IX. Emakamüoomi diagnostika .....	36
X. Emakamüoomi ravi .....	40
1. Sümptoomideta emakamüoomide ravi .....	40
2. Konservatiivne medikamentoosne ravi ....	41
3. Emakamüoomide hormoonravi .....	44
4. Emakamüoomide röntgenravi .....	48
5. Emakamüoomide kirurgiline ravi .....	50
6. Endomeetriumi autotransplantatsioon ....	54
B. E N D O M E T R I O O S (K. Gross) .....	56
I. Klassifikatsioon .....	56
II. Etioloogia .....	59
III. Esinemissagedus .....	61
IV. Kliiniline pilt .....	61
1. Endometriosisis interna uteri s. adeno- myosis uteri .....	61
2. Endometriosisis interna tubae .....	63

3. Endometriosis ovarii .....	63
4. Endometriosis retrocervicalis .....	64
5. Endometrioosi harva esinevad vormid .....	65
V. Diagnoos .....	65
VI. Diferentsiaaldiagnostika .....	66
VII. Ravi .....	66
C. N A I S E S U G U E L U N D I T E H E A -	
LOOMULISED KASVAJAD (K. Gross).	69
I. Välissuguelundite kasvaja .....	69
1. Retentsioontsüstid .....	69
2. Vulva healoomulised kasvaja .....	70
3. Elephantiasis vulvae .....	70
II. Tupes paiknevad tuumorid .....	71
1. Retentsioontsüstid .....	71
2. Tupe healoomulised tuumorid .....	72
III. Munasarja uudismoodustised .....	73
1. Munasarjatsüstid .....	73
a) Follikulaarne tsüst .....	73
b) Cystis corpora lutea .....	74
c) Teeka-luteiintsüstid .....	75
d) Parovariaalne tsüst .....	75
e) Sokolaad-tsüst .....	75
2. Munasarja healoomulised blastoomid .....	76
a) Epiteliaalsed munasarjakasvaja .....	78
b) Teratoidsed ehk germinogeensed muna-	
sarjakasvaja .....	83
c) Hormonaalselt aktiivsed munasarjakasvaja .....	84
d) Sidekoelised munasarjakasvaja .....	86
e) Munasarjakasvaja ja rasedus .....	86
f) Munasarjakasvaja lastel .....	87
g) Ovaariumi healoomulise tuumori tüsistused .....	89
h) Munasarja healoomuliste kasvajate	
diagnoos .....	91
i) Diferentsiaaldiagnostika .....	93

j) Munasarja healoomuliste kasvajate ravi ..	93
D. N A I S T E S U G U E L U N D I T E V Ä H I - E E L S E D S E I S U N D I D (H. Tiivel) ....	95
I. Prekantseroosi mõiste .....	95
II. Väliste suguelundite prekantseroosid .....	96
1. Hüperkeratoosid .....	96
2. Piirdunud pigmentsed moodustised .....	97
III. Tupe prekantseroosid .....	97
1. Leukoplaakia .....	97
2. Erütroplaakia .....	97
IV. Emakakaela prekantseroosid .....	98
1. Leukoplaakia .....	98
2. Erütroplaakia .....	98
3. Lihas-näärmelised hüperplaasiad, nn. papil- laarsed ja follikulaarsed "erosioonid" .....	98
4. Polüübid .....	99
5. Ravi .....	99
V. Emakakeha prekantseroosid .....	100
VI. Vähieelsete haiguste ravi .....	101
E. N A I S T E S U G U E L U N D I T E P A H A - L O O M U L I S E D K A S V A J A D (H. Tiivel).	103
I. Välissuguelundite vähk (carcinoma vulvae) .....	103
1. Patoloogiline anatoomia .....	103
2. Kliiniline pilt .....	103
3. Klassifikatsioon .....	104
4. Diagnostika .....	107
5. Ravi .....	107
6. Vulva sarkoom .....	108
7. Vulva melanoom .....	108
II. Vagina pahaloomulised kasvaja	109
1. Primaarne tupevähk .....	109
2. Sekundaarne tupevähk .....	112



3. Sarkoom .....	112
III. Emakakaelavähk (carcinoma colli uteri).....	113
1. Carcinoma colli uteri in situ .....	113
2. Patoloogiline anatoomia .....	114
3. Kliiniline pilt .....	114
4. Klassifikatsioon .....	118
5. Diagnostika .....	124
6. Ravi .....	127
IV. Emakakehavähk (carcinoma corporis uteri)....	129
1. Patoloogiline anatoomia .....	130
2. Kliiniline pilt .....	132
3. Diagnostika .....	132
4. Klassifikatsioon .....	135
5. Ravi .....	137
V. Emakasarkoom (sarcoma uteri) .....	139
VI. Koorionepitelioom (chorionepithelioma).....	140
1. Kliiniline pilt .....	140
2. Diagnostika .....	142
3. Ravi .....	143
VII. Munajuhavähk (carcinoma tubae uterina) .....	145
1. Kliiniline pilt .....	145
2. Ravi .....	146
VIII. Munasarjade pahaloomulised kasvaja	147
1. Munasarjavähk (carcinoma ovarii) .....	148
a) Patoloogiline anatoomia .....	148
b) Kliiniline pilt .....	148
c) Klassifikatsioon .....	151
2. Munasarjade proliferatsioon papillaarne tsüstadenoom .....	153
3. Munasarjade pseudomüksoom .....	155
4. Teratoblastoom (mittevalminud embrüo- naalne teratoom) .....	155
5. Munasarjade sarkoom .....	156

6. Munasarjade pahaloomuliste kasvajate diagnostika .....	156
7. Munasarjakasvajate ravi .....	158
IX. Haigete ravi kaugele arenenud kasvajate puhul .....	162
X. Vähivastase võitluse organisatsioon .....	163
1. Naiste massilised profülaktilised güne- koloogilised järelevaatused .....	166
2. Sanitaarharidustöö .....	167
Kasutatud kirjandus .....	169

В. Мейпалу, К. Гросс, Х. Тийвел  
ИЗБРАННЫЕ ЛЕКЦИИ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО КУРСА  
ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

Вып. УШ  
На эстонском языке  
Тартуский государственный университет  
ЭССР, г. Тарту, ул. Юликооли, 18

Vastutav toimetaja V. Meipalu  
Korrektor V. Lang

---

Paljundamisele antud 10. IX 1973. Trükipaber nr. 2.  
30 x 42. 1/4. Trükipoognaid 11,25. Tingtrükipoognaid  
10,46. Arvestuspoognaid 9,0. Trükiarv 1000 eks.

MB 08841. Tell. nr. 881.

TRÜ rotaprint, ENSV, Tartu, Pälsoni tn. 14.

Hind 32 kop.



32 kop.